

**FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA
NÚCLEO DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
MESTRADO ACADÊMICO EM PSICOLOGIA**

**PRAZER E SOFRIMENTO NO TRABALHO DE PSICÓLOGOS EM UM HOSPITAL
PÚBLICO DA REGIÃO NORTE DO BRASIL**

FABIANE DA FONTOURA MESSIAS DE MELO

PORTO VELHO

2012

FABIANE DA FONTOURA MESSIAS DE MELO

**PRAZER E SOFRIMENTO NO TRABALHO DE PSICÓLOGOS EM UM HOSPITAL
PÚBLICO DA REGIÃO NORTE DO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Psicologia como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Rondônia – UNIR.

Linha de Pesquisa: Saúde e Processos Psicossociais.

Orientadora: Dr^a. Melissa Andréa Vieira de Medeiros.

PORTO VELHO

2012

FICHA CATALOGRÁFICA
BIBLIOTECA CENTRAL PROF. ROBERTO DUARTE PIRES

Melo, Fabiane da Fontoura Messias de.

M528p

Prazer e sofrimento no trabalho de psicólogos em um hospital público da região norte do Brasil. / Fabiane da Fontoura Messias de Melo. Porto Velho, Rondônia, 2012.

155f.

Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Núcleo de Saúde (NUSAU), Mestrado Acadêmico em Psicologia, Fundação Universidade Federal de Rondônia, Porto Velho, 2012.

Orientadora: Profa. Dra. Melissa Andréa Vieira de Medeiros.

1. Prazer. 2. Sofrimento. 3. Psicólogo Hospitalar. 4. Psicodinâmica do Trabalho. I. Título.

CDU: 159.944(811)

Bibliotecária Responsável: Eliane Gemaque / CRB 11-549

FOLHA DE APROVAÇÃO

PRAZER E SOFRIMENTO NO TRABALHO DE PSICÓLOGOS EM UM HOSPITAL PÚBLICO DA REGIÃO NORTE DO BRASIL

FABIANE DA FONTOURA MESSIAS DE MELO

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em
Psicologia da Universidade Federal de Rondônia para
obtenção do título de Mestre.

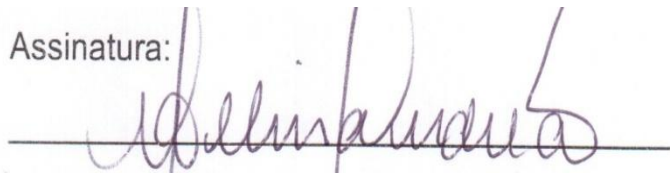
Linha de Pesquisa: Saúde e Processos Psicossociais.

Orientadora: Dr^a. Melissa Andréa Vieira de Medeiros.

BANCA EXAMINADORA

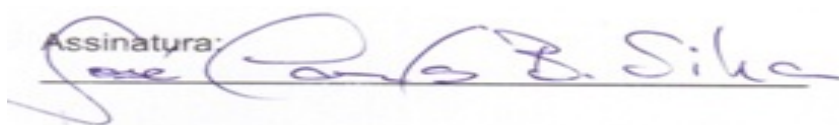
Prof. Dra. Melissa Andréa Vieira de Medeiros

Instituição: Universidade Federal de Rondônia – UNIR.

Assinatura: 

Prof. Dr. José Carlos Barboza da Silva

Instituição: Departamento de Psicologia - Universidade Federal de Rondônia – UNIR.

Assinatura: 

Prof. Dra. Vanderléia Dal Castel Schlindwein

Instituição: Universidade Federal de Rondônia – UNIR.

Assinatura: 

Dissertação aprovada em: 31/08/2012

AGRADECIMENTOS

A realização de um Mestrado sempre foi um sonho e durante essa jornada vivi momentos de angústia e medo, mas também de felicidade e vitórias. Neste caminho permeado de dificuldades e incertezas, eu nunca estive sozinha. Tentarei agradecer algumas pessoas que contribuíram para que esse sonho se tornasse realidade e para que o caminho não fosse tão difícil.

Primeiramente a Deus pela presença em todos os momentos da minha vida, principalmente nos mais complicados e por ter me permitido chegar até aqui.

À minha família, meu pai Messias, minha mãe Cleusa, minhas irmãs Cinthia e Claudia, meu cunhado Cicero Sabino, meus sobrinhos Beatriz, Caio Lucas e Cristiano Mateus, tia Neusa, Ana Paula, enfim, os meus familiares que com amor e carinho estiveram sempre presentes nesta caminhada. Eu sei que não teria chegado até aqui sem a força de vocês.

Ao meu amado marido Luciano, que em todos os momentos me apoiou, me deu forças e incentivou a perseverar na luta de fazer um mestrado fora da cidade em que residimos. Obrigada, meu amor!

A minha orientadora Profa. Dra. Melissa Andrea Vieira de Medeiros que acompanhou cada passo desta trajetória. Admiro seu profissionalismo e conhecimento que foram minhas fontes de inspiração para a concretização deste estudo.

Aos meus professores da Linha de Pesquisa "Saúde e Processos Psicossociais" do Mestrado Acadêmico em Psicologia, prof^a. Dr^a. Marli Zibetti, prof. Dr. Luís Alberto Lourenço Matos, prof. Dr. José Juliano Cedaro, prof^a. Dr^a. Vanessa Aparecida Alves de Lima, prof^a. Dr^a. Neusa dos Santos Tezzari, prof. Dr. Fábio Biasotto Feitosa, prof^a. Dr^a. Ana Maria Lima Souza pelo carinho e afeto dispensados no decorrer deste percurso.

A todos os meus amigos e amigas do Mestrado, Adegemauro de Brito Faria, Deusodete Rita da Silva Aimi, Diana Campos Fontes, Kelly Jessie Marques Queiroz, em especial Claudia Cabral da Costa, Flora Lima Farias de Souza, Marasella Del Carmen Silva Rodrigues Macedo e Moisés Kogien, pela sincera amizade, acolhimento e apoio nessa difícil missão de fazer um mestrado.

Aos colegas de trabalho da FAAO, em especial a prof^a. Dr^a. Luciane Patrícia Yano, prof.Ms. José Aldecino Ferreira e aos Gerentes do CEREST, Normando

Melo Vieira de Lacerda e Wendell Braga por todo o incentivo para concluir as disciplinas presenciais em Porto Velho-RO.

Aos professores Dr^a. Vanderléia Dal Castel Schlindwein e Dr. José Carlos Barboza pelas sugestões e disponibilidade para participarem da banca examinadora desta dissertação.

Quero agradecer também às queridas amigas Carolina Sátiro e Silvana Brito pelo apoio nesta caminhada e dos momentos compartilhados.

À psicóloga Rosilda Shockness por ter conversado com sua amiga Elis Regiane, que me acolheu de portas abertas em sua casa, sem nem me conhecer, para poder realizar as disciplinas presenciais em Porto Velho-RO, no conforto do seu lar.

À psicanalista Ms. Andréa Carla DeunerBrunetto, que desde a graduação me acompanha, me ajuda e me orienta no caminho da Psicanálise. Te admiro!

Aos profissionais entrevistados, pela disponibilidade em fornecer-me informações, compartilhando suas concepções e vivências acerca dos fatores de prazer e sofrimento no trabalho.

Também agradeço à Direção do Hospital pesquisado, à Universidade Federal de Rondônia (UNIR), a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e ao Mestrado Acadêmico em Psicologia (MAPSI) pelo apoio na realização do presente estudo.

Por fim, quero agradecer de coração a todas as pessoas que de forma direta ou indireta me ajudaram a realizar esse trabalho. Muito obrigada!

*Não basta destruir os abusos, é preciso modificar os costumes, porque
senão se destrói o moinho, mas o vento ainda sopra.
(**Victor Hugo**, Os miseráveis).*

RESUMO

Esta dissertação inscreve-se no âmbito das pesquisas qualitativas sobre as vivências de prazer e sofrimento no trabalho e tem como objetivo identificar os fatores que os psicólogos que atuam em Hospital de uma cidade da região Norte do Brasil reconhecem como fontes de prazer e sofrimento em seu trabalho. Além disso, tem como finalidade investigar as estratégias defensivas empregadas para mediar o sofrimento no trabalho e a avaliação dos profissionais em relação à sua saúde. A investigação tem como marco teórico a Psicodinâmica do Trabalho de Christophe Dejours, seus colaboradores e pesquisadores como Ana Magnólia Mendes, Álvaro Roberto Crespo Merlo e Selma Lancman. Neste estudo, o prazer, partindo desses referenciais teóricos, está relacionado à possibilidade do ser humano realizar suas ações com esperança e desejo. O sofrimento começa quando o trabalhador não consegue mais dialogar com a organização do trabalho e já utilizou todos os seus processos intelectuais, psicológicos, afetivos e de adaptação. As estratégias defensivas são utilizadas para proteger o aparelho mental do sofrimento, insatisfação e ansiedade. Participaram da pesquisa cinco psicólogos vinculados ao hospital. A coleta dos dados foi feita utilizando-se entrevistas individuais, registros em diário de campo e observação do processo de trabalho. As entrevistas foram gravadas e transcritas e submetidas à análise de conteúdo temática de Bardin (1979). As seguintes categorias foram elencadas: Formação em Psicologia Hospitalar; A atuação dos psicólogos no HRN; Aspectos prazerosos no hospital; Aspectos de sofrimento no trabalho; A saúde do psicólogo; Estratégias defensivas. Os resultados revelaram que a formação dos psicólogos foi essencialmente clínica e, portanto sua atuação é o reflexo desse modelo, realizando atendimento ao paciente e à família na beira do leito. Os aspectos prazerosos revelam a necessidade de reconhecimento por parte do paciente e sua família. Os fatores de sofrimento são significativamente numerosos e estão relacionados à organização e condições de trabalho, o relacionamento entre os pares e outros profissionais de saúde, a falta de reconhecimento e a falta de conhecimento sobre a Psicologia. O trabalho prescrito e real, como categoria importante da Psicodinâmica do Trabalho, tem um duplo caráter, gerando prazer pela liberdade de dialogar com a organização e sofrimento pela quebra (ou ausência) da normativa. Os dados relativos à saúde do psicólogo são preocupantes, pois as patologias denunciam o sofrimento que estava velado na relação desses sujeitos com o trabalho no HRN. As estratégias defensivas são predominantemente individuais, pois o trabalho solitário desses profissionais impede o surgimento das defesas coletivas. A quantidade expressiva de defesas, como a negação do sofrimento, a racionalização e o individualismo, evidencia a armadilha que eles encerram, pois não mudam os fatores produtores de sofrimento, apenas alteram a percepção que os trabalhadores têm sobre eles. O estudo revelou a necessidade de espaços de discussão para o bem estar desses sujeitos, a importância da estruturação de coletivos de trabalho, a preservação de direitos trabalhistas e boas condições de trabalho, para que o trabalho se constitua fundamentalmente como lugar de vivências prazerosas.

Palavras – Chave: Prazer. Sofrimento. Psicólogo Hospitalar. Psicodinâmica do Trabalho.

ABSTRACT

This thesis is included within the scope of qualitative research on the experiences of pleasure and suffering at work and aims to identify factors that psychologists working in hospital in a city in northern Brazil recognized as sources of pleasure and suffering in his work. Furthermore, aims to investigate the defensive strategies employed to mediate the suffering at work and evaluation of professional regarding your health. The theoretical research is the Psychodynamics of Work of Christophe Dejours, colaborators and researchers as Magnolia Ana Mendes, Álvaro Roberto Crespo Merlo and Selma Lancman. In this study, pleasure, from these theoretical frameworks, is related to the possibility of human beings perform their actions with hope and desire. Suffering begins when the employee can no longer talk with the organization of work and has used all his intellectual processes, psychological, and emotional adaptation. Defensive strategies are used to protect the unit's mental suffering, dissatisfaction and anxiety. The participants were five psychologists linked to the hospital. Data collection was performed using individual interviews, records in a field diary and observation of the work process. The interviews were taped and transcribed and submitted to thematic content analysis of Bardin (1979). The following categories were listed: Training in Health Psychology; The role of psychologists in HRN; Pleasurable aspects in the hospital; Aspects of suffering at work; A health psychologist; Defensive strategies. The results revealed that the training of clinical psychologists was essentially, and therefore his performance is a reflection of this model, making patient care and family at the bedside. The pleasurable aspects reveal the need for recognition by the patient and his family. The factors of suffering are numerous and are significantly related to the organization and working conditions, the relationship among peers and other health professionals, lack of recognition and lack of knowledge about psychology. The prescribed and real work, how important category of the psychodynamics of work, has a dual character, generating enjoyment of freedom of dialogue with the organization and suffering by breaking (or absence) of the regulations. The health data of the psychologist are worrying, because the pathologies denounce the suffering that was veiled in these subjects compared with work in the HRN. Defensive strategies are predominantly individual, because as the work of professionals is lonely, the emergence of collective defenses is prevented. A significant number of defenses such as denial of suffering, rationalization and individualism, show the trap that they contain, because it does not change the factors producing suffering, only change the perception that workers have over them. The study revealed the need for discussion spaces for the welfare of these subjects, the importance of structuring collective bargaining, the preservation of labor rights and decent working conditions, so that the work is constituted primarily as a place of pleasurable experiences.

Key Words: Pleasure. Suffering. Hospital Psychologist. Psychodynamics of Work.

ABREVIATURAS E SIGLAS

CCIH - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

CEREST - Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador

CFM – Conselho Federal de Medicina

CFP – Conselho Federal de Psicologia

HRN – Hospital da Região Norte

LPCT – Laboratório de Psicodinâmica e Clínica do Trabalho

PDT – Psicodinâmica do Trabalho

PUCSP - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

RENAST - Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do trabalhador

SADT - Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

SAME - Serviço de Arquivo Médico e Estatística

SND - Serviços de Nutrição Dietética

SUS - Sistema Único de Saúde

TI - Tecnologia e Informática

UBS - Unidades Básicas de Saúde

UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais

UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

UFRJ - Universidade Federal do Rio de Janeiro

UNB – Universidade de Brasília

UPA - Unidades de Pronto Atendimento

URAP - Unidades de Referências em Atenção Primária

USP - Universidade de São Paulo

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Vivências de sofrimento no trabalho de psicólogos do HRN.....	104
---	------------

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	13
1 - O MUNDO DO TRABALHO.....	17
1.1 TRABALHO: SEUS SIGNIFICADOS AO LONGO HISTÓRIA.....	17
1.2 TAYLORISMO, FORDISMO, TOYOTISMO E A SOCIEDADE DA INFORMAÇÃO.....	22
1.3 A MODERNIDADE E OS IMPACTOS NO EU E NOS LAÇOS SOCIAIS.....	28
2 - O TRABALHO NO HOSPITAL E SUA RELAÇÃO COM O PROCESSO SAÚDE – DOENÇA	34
2.1 O HOSPITAL: SUA HISTÓRIA E PARTICULARIDADES.....	34
2.2- O PSICÓLOGO NO HOSPITAL: CLÍNICO OU INSTITUCIONAL?	39
2.3 A FORMAÇÃO DO PSICÓLOGO PARA A ATUAÇÃO EM AMBIENTES HOSPITALARES.....	42
2.4 TRABALHADORES DA SAÚDE: ALGUMAS PESQUISAS REALIZADAS NO BRASIL	50
3 - ASPECTOS PSICODINÂMICOS DO TRABALHO	54
3.1 CLÍNICAS DO TRABALHO	55
3.2- CONTEXTUALIZAÇÃO DA TEORIA DE JOURNANA.....	56
3.3- O PRAZER E O SOFRIMENTO NO TRABALHO.....	63
3.4- AS ESTRATÉGIAS DEFENSIVAS.....	66
3.5 O SOFRIMENTO PSÍQUICO NO CORPO.....	72
4 – SOBRE O MÉTODO.....	75
4.1-OBJETIVOS	75
4.1.1 Objetivo Geral:.....	75
4.1.2 Objetivos Específicos.....	75
4.2 SOBRE O LUGAR DA PESQUISA.....	76
4.3 SOBRE OS PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	78
4.4 SOBRE O TIPO DE PESQUISA.....	87
4.5 SOBRE OS INSTRUMENTOS DE PESQUISA.....	87
4.6 SOBRE A ANÁLISE DOS DADOS.....	90
5 - ANÁLISE DOS DADOS.....	94
5.1 FORMAÇÃO EM PSICOLOGIA HOSPITALAR.....	94
5.2 A ATUAÇÃO DOS PSICÓLOGOS NO HRN.....	97
5.3 ASPECTOS PRAZEROSOS NO HOSPITAL.....	101
5.3.1 O reconhecimento por parte do paciente e da família.....	102
5.4 ASPECTOS DE SOFRIMENTO NO TRABALHO.....	103
5.4.1 A organização do trabalho.....	104
5.4.1.1 Os relacionamentos: com os pares e colegas não-psicólogos.....	105
5.4.1.2 O trabalho Real versus o trabalho Prescrito.....	115
5.4.2 Condições do trabalho no HRN.....	117
5.4.3 A falta de reconhecimento.....	123
5.4.4 A falta de conhecimento sobre a atuação do psicólogo.....	126
5.5 A SAÚDE DO PSICÓLOGO.....	127

5.6 ESTRATÉGIAS DEFENSIVAS..... 131

6- CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 136

142

REFERÊNCIAS.....

152

ANEXO A.....

APÊNDICE A..... 153

APÊNDICE B..... 154

APÊNDICE C..... 155

INTRODUÇÃO

Os profissionais de saúde, de um modo geral, podem vivenciar dificuldades específicas, pois as suas condições de trabalho frequentemente são precárias e cotidianamente estão em contato com a dor e o sofrimento do outro. Além disso, queixam-se dos baixos salários, da desvalorização profissional e da falta de reconhecimento. Alguns desses dados empíricos puderam ser constatados ao longo da minha trajetória como psicóloga do Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST).

Na década de 80, as transformações sociais e políticas que ocorreram no Brasil, inclusive com a Constituição Federal de 1988, culminaram na criação de um sistema público de saúde denominado Sistema Único de Saúde, o SUS. A partir desse momento, o SUS tornou-se responsável pelas ações de promoção e recuperação da saúde de todos os brasileiros, inclusive executando vigilância de ambientes de trabalho.

Para estruturar e proteger a saúde dos trabalhadores foi criada a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) através da Portaria do Ministério da Saúde nº 1.679, de setembro de 2002. Com o objetivo de fortalecer essa rede, os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador foram implantados através da Portaria Ministerial nº 2.437, de 7 de dezembro de 2005 com uma diversidade de funções, dentre elas destacando-se: participação no planejamento das ações em Saúde do Trabalhador; promoção de parcerias e de articulações para desenvolver ações intersetoriais na área, capacitando a rede do SUS e desenvolvendo estudos e pesquisas no campo da Saúde do Trabalhador (BRASIL, 2002; 2005).

É importante esclarecer que o CEREST não presta assistência direta aos trabalhadores, não se caracterizando, portanto, como porta de entrada do SUS. O atendimento ao trabalhador deverá ser realizado pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), pelas Unidades de Referências em Atenção Primária (URAP), Unidades de Pronto Atendimento (UPA) ou Hospitais de Urgência e Emergência. O papel do CEREST é oferecer o suporte técnico-científico no campo de conhecimento da Saúde do Trabalhador para todas essas Unidades mencionadas.

Nessa perspectiva, o público alvo do CEREST compreende desde o trabalhador formal – com carteira assinada-, aos informais, urbanos ou rurais,

servidores públicos, aposentados e os que sofreram acidentes ou adoeceram em decorrência das suas atividades laborais. Diante dessa gama de atendidos, nota-se a importância das ações do CEREST, pois o trabalho como ocupa uma parte significativa da vida do homem, torna-o susceptível ao sofrimento, adoecimento e, em situações aviltantes, a morte.

As experiências profissionais no CEREST e a identificação com a Psicodinâmica do Trabalho desde a graduação em Psicologia possibilitaram as seguintes indagações: como os psicólogos, conhecedores dos aspectos relativos à saúde mental, focados na prevenção e tratamento do sofrimento humano em diversas linhas de atuação, lidavam com a sua própria saúde mental? Como enfrentariam as dificuldades decorrentes das atividades laborais, em especial em um hospital público da Região Norte do Brasil?

Faz-se mister esclarecer que é no recorte epistemológico do campo da Psicodinâmica do trabalho estudado por teóricos como Christophe Dejours e colaboradores, Ana Magnólia Mendes, Álvaro Roberto Crespo Merloe Selma Lancman que a presente dissertação sobre a psicodinâmica dos psicólogos trabalhadores de um hospital da região Norte foi delimitada.

Embora haja uma certa produção de conhecimentos em Saúde Mental e Trabalho, frequentemente o tema é desconhecido pelos profissionais inseridos no SUS. Isso pode estar relacionado ao modelo biomédico de atenção à saúde em termos físicos, a negligência das relações entre subjetividade e trabalho e ao fato de que somente as “reivindicações relativas aos acidentes de trabalho, às doenças profissionais, à saúde do corpo foram assumidas pelas diversas organizações políticas” (DEJOURS, 2007, p. 38). Outra questão mencionada pelo autor diz respeito à ideologia da vergonha de abordar o sofrimento subjetivo dos que trabalham frente a uma massa de pobres e desempregados.

Além disso, geralmente o tema não é contemplado nos cursos das áreas das ciências humanas e da saúde. Quase sempre as preocupações acadêmicas voltam-se para ações que poderiam amenizar o sofrimento psíquico do paciente, mas não do cuidador, ignorando-se a dimensão subjetiva do contato com o sofrimento do outro e da necessidade de cuidar-se enquanto trabalhador.

Em consulta à literatura existente a respeito da saúde do psicólogo não foi possível levantar muitos estudos realizados com este profissional. É importante lembrar que o psicólogo está diretamente envolvido com a questão do sofrimento

psíquico dos pacientes e familiares e, ao mesmo tempo, se vê esquecido enquanto trabalhador que tem uma psicodinâmica em interface com seu ambiente de trabalho e a sua própria subjetividade.

A presente dissertação versará sobre as vivências de prazer e sofrimento do psicólogo em um hospital da Região Norte do País e os impactos do trabalho na saúde do profissional. Para tanto se estruturará da seguinte forma:

Na seção 1 será tratada a história do trabalho, seus diferentes significados e o lugar que ele ocupa atualmente para a sociedade. Os impactos da Modernidade no eu e nos laços sociais também serão discutidos.

Na segunda parte será abordado o nascimento do Hospital como um lugar de exclusão de pobres e loucos, a inserção da Psicologia no ambiente hospitalar e suas vertentes de atuação (clínica ou institucional) para compreender a realidade dos participantes da pesquisa. Também serão reunidas pesquisas realizadas no Brasil com trabalhadores da saúde.

A seção 3 intitulada “Aspectos psicodinâmicos do trabalho” tem como objetivo discorrer a respeito da Psicodinâmica do Trabalho, seus conceitos fundamentais e o seu olhar para o prazer e o sofrimento no trabalho.

Na seção seguinte serão esclarecidos os objetivos gerais e específicos deste estudo, as questões relativas ao método empregado, abrangendo dados sobre o lugar da pesquisa, escolha e caracterização dos sujeitos, o tipo de pesquisa e os instrumentos utilizados e, por fim, a forma de análise dos dados.

A seção 5 versará sobre a análise dos dados, tendo como referência a análise de conteúdo temática, na qual os temas mais recorrentes no discurso dos participantes do presente estudo serão articulados à luz da teoria adotada e na última parte, as considerações finais tratarão das sínteses da investigação, apresentando algumas construções pensadas ao longo da pesquisa.

Com essa dissertação, espera-se contribuir para o campo da Saúde do Trabalhador, para que os profissionais inseridos na área, pesquisadores e discentes possam compreender a dinâmica complexa que envolve as vivências de prazer e sofrimento decorrentes do trabalho.

Espera-se que o presente estudo possibilite reflexões sobre as inter-relações existentes entre o trabalho e a noção de saúde/doença a partir da perspectiva dos psicólogos.

Frente à escassez de pesquisas na região amazônica, o presente trabalho também pretende contribuir no fomento de novas pesquisas sobre a saúde mental do psicólogo e sua realidade laboral no hospital, ampliando o conhecimento sobre a temática prazer-sofrimento no trabalho deste profissional.

1-O MUNDO DO TRABALHO

Nesta seção será apresentada inicialmente as transformações no mundo do trabalho, pois conhecer seus diferentes significados ao longo do percurso da humanidade auxilia na compreensão do momento atual de valorização do “trabalho” pelos seres humanos e pelo capitalismo.

Essa contextualização também permite entender qual é a função do trabalho para o capital e identificar as formas de organização do trabalho (taylorismo, fordismo e toyotismo) que impactam o mundo laboral e, portanto, os trabalhadores, de forma a introduzir a realidade que os participantes da pesquisa estão inseridos.

A internet, as constantes mudanças e avanços tecnológicos provocaram transformações na sociedade e no mundo do trabalho e por isso também serão abordadas nessa seção. A sociedade pós-industrial (ou sociedade da informação), fruto da modernidade, alterou concepções tradicionais quanto ao tempo, valores morais e estéticos, e atingiu os laços sociais que se tornaram mais fragilizados na chamada cultura do narcisismo. O mundo do trabalho atual fundamenta-se na flexibilização, que modificou a forma de gestão, o perfil da classe trabalhadora e gerou a precarização dos ambientes laborais, como será possível ver a seguir.

1.1 TRABALHO: SEUS SIGNIFICADOS AO LONGO HISTÓRIA

De acordo com Albornoz (2006), a palavra “trabalho” vem do latim *tripalium*, um instrumento feito de três estacas, algumas vezes com pontas de ferro para bater trigo, milho e utilizado também para torturar os escravos. Para a autora, está carregado de emoções, lembrando dor, suor, fadiga, porém pode também ser fonte de realização e satisfação.

Antunes (2004) colabora com a discussão em torno do significado do trabalho afirmando que:

O trabalho é um processo entre o homem e a natureza, um processo em que o homem, por sua própria ação, media, regula e controla seu metabolismo com a natureza. [...] Ele põe em movimento as forças naturais pertencentes à sua corporalidade, braços e pernas, cabeça e mão, a fim de apropriar-se da matéria natural numa forma útil para sua própria vida. Ao atuar, por meio desse movimento, sobre a natureza externa a ele e ao modificá-la, ele modifica, ao mesmo tempo, sua própria natureza (ANTUNES, 2004, p. 36).

O trabalho abrange diversos significados: a aplicação das forças e faculdades humanas para atingir um fim, uma atividade coordenada de caráter físico e mental, serviço ou empreendimento, ofício e profissão (ALBORNOS, 2006).

Codo (1987) também analisa a importância e o significado do trabalho, como o portador da subjetividade humana, permitindo ao homem o reconhecimento de si mesmo.

Codo, Sampaio e Hitomi (1994) ensinam que a palavra trabalho frequentemente é considerada como sinônimo de atividade. No entanto, para os autores há diferença entre elas, pois o trabalho gera um bem (material ou espiritual) que a atividade não produz. Nesse sentido, trabalho está vinculado a um produto, restringindo-se por isso, apenas aos homens.

Nessa perspectiva, Codo, Sampaio e Hitomi (1994) tomando como base o livro de Leontiev intitulado "*Actividad, conciencia y personalidad*", de 1978, entendem a atividade como uma categoria importante para o entendimento sobre o homem. Para os teóricos, a atividade compreende toda a esfera biológica, abrangendo o ser humano, enquanto o trabalho é especificamente humano. Assim sendo, a atividade é considerada uma categoria geral que inclui o trabalho - como categoria específica. O ato de cumprimentar alguém, ensinam os autores, é uma atividade, porém não se caracteriza como trabalho, pois não houve transcendência, nada alterou-se no mensageiro ou no receptor da mensagem e não há um produto que permaneça.

Um aspecto interessante do trabalho diz respeito ao seu duplo caráter: carrega o valor de uso, produzindo produtos para atender às necessidades do homem e é também valor de troca "[...] pago por salário, criador de mercadoria e ele mesmo uma mercadoria no mercado" (CODO, SAMPAIO e HITOMI, 1994, p. 62).

O homem possui três atividades importantes: labor, trabalho e a ação. A primeira diz respeito ao biológico do corpo do ser humano, no qual o desenvolvimento e o eventual declínio estão relacionados às "necessidades vitais produzidas e introduzidas pelo labor no processo de vida. A condição humana do labor é a própria vida" (ARENDT, 2007, p.15). O labor garante a sobrevivência do indivíduo e da espécie. O trabalho é designado como:

Atividade correspondente ao artificialismo da existência humana, existência essa não necessariamente contida no eterno ciclo vital da espécie [...]. O trabalho produz um mundo artificial de coisas nitidamente diferente de qualquer ambiente natural. A condição humana do trabalho é a mundanidade (ARENDT, 2007, p. 15).

A autora afirma ainda que o trabalho e o seu produto permitem permanência e durabilidade “à futilidade da vida mortal e ao caráter efêmero do tempo humano” (ARENDT, 2007, p. 16).

A terceira atividade importante do homem é ação, exercida diretamente entre os homens sem a mediação das coisas ou da matéria. A condição humana da ação é a pluralidade, tendo em vista de que “os homens, e não o Homem, vivem na Terra e habitam o mundo” (ARENDT, 2007, p. 15). Essa terceira atividade funda e preserva corpos políticos além de criar a condição para a lembrança, para a história.

Essas três atividades têm como tarefa a produção e a preservação do mundo para cada novo sujeito ao nascer. Para a autora, o homem é, ao mesmo tempo, determinado pela realidade do mundo e determinante na criação da sua própria condição humana, considerando-o como ser ativo na construção de si mesmo e do mundo.

Apesar de atualmente serem utilizadas como sinônimos, a autora propõe uma distinção entre labor e trabalho em decorrência da etimologia diferente, de ambas as palavras, em todas as línguas europeias, antigas e modernas. Em comum nessas línguas, só os correspondentes a labor possuem conotação de dor e atribulação.

Todas as palavras europeias para labor – o latim e o inglês *labor*, o grego *ponos*, o francês *travail*, o alemão *arbeit* – significam dor e esforço e são usadas também para as dores do parto. Labor tem a mesma raiz etimológica que *labare* (cambaleiar sob uma carga); *ponos* e *arbeit* têm as mesmas raízes etimológicas que pobreza (*pénia* em grego e *armut* em alemão) (ARENDT, 2007, p. 58).

Quanto à discussão em relação ao trabalho humano e animal, Albornoz (2006) os diferencia, afirmando que no primeiro há consciência e intencionalidade, uso de instrumentos, divisão social do trabalho, diversas possibilidades de execução da tarefa e o uso da criatividade (ALBORNOS, 2006).

Codo (1996) também diferencia a atividade humana da animal, porque na primeira a atividade é “forçosamente mediada” constitutiva da identidade (CODO, 1996, p. 44) e na segunda é imediata:

Trabalho é uma atividade humana por excelência, o modo como transmitimos significado à natureza, a identidade, demanda os significados para se estabelecer. Trabalho comparece, portanto, como um dos elementos essenciais na constituição da identidade (CODO, 1996, p. 44).

As inúmeras formas de representar o trabalho estão intimamente ligadas às concepções construídas sobre ele no decorrer da história e que influenciam os significados atuais acerca da temática. Na Antiguidade Grega, a atividade exercida na lavoura, o esforço físico e a vida ao ar livre detinham prestígio social. No período helenístico, período da história da Grécia e de parte do Oriente Médio compreendido entre 323 a.C a 146 a.C., o trabalho que demanda esforço físico passa a ser visto como servil e humilhante, sendo restrito a escravos e mulheres, enquanto que o trabalho intelectual dos homens livres, políticos e filósofos gozava de reconhecimento (ALBORNOZ, 2006).

Diferentemente de Albornoz (2006), Arendt (2007) afirma:

A opinião de que o labor e o trabalho eram ambos vistos com desdém na antiguidade pelo fato de que somente os escravos os exerciam é um preconceito dos historiadores modernos. Os antigos raciocinavam de outra forma: achavam necessário ter escravos em virtude da natureza servil de todas as ocupações que servissem às necessidades de manutenção da vida. Precisamente por este motivo é que a escravidão era defendida e justificada. Laborar significava ser escravizado pela necessidade, escravidão esta inerente às condições da vida humana. Pelo fato de serem sujeitos às necessidades da vida, os homens só podiam conquistar a liberdade subjugando outros que eles, à força, submetiam à necessidade (ARENDR, 2007, p. 94).

Uma corrente de tradição que influencia as concepções acerca da temática é a herança judaico-cristã, que considera o trabalho como uma forma de afastar os maus pensamentos provocados pela preguiça e pelo ócio. Com a Reforma Protestante e o Cristianismo de Calvino, Albornoz (2006) entende que houve uma reavaliação dessa representação, tornando o trabalho a base e a chave da vida. Nesse sentido, “o ócio era uma evasão antinatural e perniciosa. Manter-se pelo trabalho é um modo de servir a Deus” (ALBORNOZ, 2006, p. 53).

Com o desenvolvimento tecnológico propiciado pela Revolução Industrial nos séculos XVIII e XIX, o homem encontra dificuldade em dar sentido à sua vida se não for através do trabalho e imaginar uma sociedade de trabalhadores sem trabalho constitui-se uma ameaça inquietante.

A partir do século XVIII e XIX determinadas características do mundo do trabalho podem ser percebidas tais como¹: submissão ao capital e aos interesses dos capitalistas e dos proprietários, separação trabalho e lazer, força de trabalho

¹É importante esclarecer que a venda da força de trabalho como mercadoria e a alienação do trabalhador já é visível a partir da decadência do feudalismo como meio de produção no início da Idade Moderna, no século XV. Nesse sentido, há uma intensificação desse processo a partir dos séculos XVII e XIX.

vendida como mercadoria e a alienação do trabalhador por não deter, possuir e nem dominar os meios de produção, perdendo o controle e a liberdade para mudar os procedimentos da sua atividade (ALBORNOS, 2006).

O trabalhador aparece na organização ocupando um cargo e desempenhando uma função. Ele já encontra, à sua espera, uma série de tarefas que deve cumprir. Encontra, também, os objetivos e os meios com os quais terá que produzir uma utilidade, um produto. Em outras palavras: o seu trabalho já está determinado. A ele só resta trabalhar (CODO, SAMPAIO e HITOMI, 1994, p. 105).

A força de trabalho é afetada de modo crucial pela mercantilização. A força de trabalho só existe enquanto tal quando foi separada do trabalho como um todo, tornando-se mercadoria (GIDDENS, 2002).

Codo, Sampaio e Hitomi (1994) explicam que é preciso que os homens se tornem dependentes do capital, sejam livres para vender sua força de trabalho e subordinados ao comércio de produtos para sua própria sobrevivência. Nas palavras de Arendt (2007):

Vivemos numa sociedade de operários (*laborers*), ou seja, de homens que laboram. O que quer que façamos, devemos fazê-lo a fim de ganhar o próprio sustento; este é o veredicto da sociedade, e o número de pessoas que poderiam desafiá-lo, especialmente nas profissões liberais, vem diminuindo consideravelmente. A única exceção que a sociedade está disposta a admitir é o artista que, propriamente falando, é o único trabalhador que restou numa sociedade de operários (ARENDT, 2007, p. 139).

Essa nova esfera social formada por uma sociedade de operários e assalariados, na qual o fazer garante a própria subsistência e de suas famílias, demonstra a concentração “em torno da única atividade necessária para manter a vida – o labor” (ARENDT, 2007, p. 56). Nas palavras de Antunes (2004, p. 8): “O que era uma finalidade central do ser social converte-se em meio de subsistência”.

Em seu texto “Um diagnóstico do trabalho (em busca do prazer)”, Codo (1996) menciona o caso das donas de casa e dos escritores que comumente não são considerados trabalhadores porque não produzem mercadorias vendáveis no mercado, não recebem salário, não contribuem com a previdência e não têm a carteira assinada. Para o autor, o trabalho não é mercadoria nem emprego. Com a expansão do capitalismo, o trabalho tomou a forma de mercadoria. Contudo, alerta para o fato de que as comunidades que viviam no período pré-capitalismo trabalhavam.

Antunes (1999) apresenta uma discussão importante sobre quem compõe a classe trabalhadora para o capitalismo. Para ele, inclui os chamados trabalhadores

produtivos - que vendem sua força de trabalho, produzindo mais valia e participando efetivamente do processo de valorização do capital e os trabalhadores improdutivos – os assalariados, desde os inseridos no setor de serviços, bancos, comércio, turismo, serviços públicos, ou seja, “agentes improdutivos, geradores de anti-valor no processo de trabalho capitalista, mas que vivenciam as mesmas premissas e se erigem sobre os mesmos fundamentos materiais” (ANTUNES, 1999, p. 102).

Antunes (1999) ressalta que não estão incluídos aí os gestores do capital, os detentores do processo de trabalho e que recebem altos rendimentos e também os pequenos empresários, a pequena burguesia urbana e rural proprietária.

Com o capitalismo e o desenvolvimento industrial surge a necessidade de transformar a organização do trabalho para aumentar a produtividade, o consumo e os lucros. Para isso o trabalho e o controle da mão de obra precisariam ser rigidamente planejados. É nesse contexto que surge o taylorismo, fordismo e o toyotismo, provocando mudanças radicais no mundo laboral (ANTUNES, 1999).

1.2 TAYLORISMO, FORDISMO, TOYOTISMO E A SOCIEDADE DA INFORMAÇÃO

A publicação do livro “Os Princípios da Administração Científica”, do engenheiro Frederick Winslow Taylor (1856 – 1917), em 1911, dá início ao taylorismo. Nessa obra, o autor dissemina suas ideias para evitar a perda e o desperdício de tempo com a utilização de planilhas e cronômetro para o controle do tempo e dos movimentos (WOOD JR., 1992).

No “Dicionário de Trabalho e Tecnologia” Cattani e Holzmann (2011) explicam que para o taylorismo o trabalhador tendia ao ócio e à lentidão e, portanto era necessário organizar cientificamente o trabalho para aumentar a produtividade.

O taylorismo constitui-se então, sobretudo, como estratégia patronal de gestão/organização do processo de trabalho, com ênfase no controle e na disciplina fabris, respondendo à resistência e à intensificação da produção com vistas à eliminação da autonomia dos produtores diretos e do tempo ocioso, como forma de assegurar aumentos da produtividade (CATTANI; HOLZMANN, 2011, p. 282).

Braverman (1987) e Codo (1996) indicam como principais características do taylorismo: a separação entre planejamento e execução das tarefas, intensificação da divisão do trabalho e o controle de tempos e movimentos, buscando adaptar o trabalhador às necessidades do capital.

Wood Jr. (1992) conta que o fordismo é o produto das ideias de um fabricante de carros, Henry Ford (1863 – 1947), que, adotando meios revolucionários, tornou-se referência na montagem de automóveis, impulsionando o desenvolvimento do setor automobilístico norte-americano na década de 1920.

Para aumentar a produtividade, Ford criou a linha de montagem, intensificando o ritmo de trabalho e padronizando a mão de obra, o que permitiu a produção em massa de carros e a fabricação de produtos mais homogêneos. Tudo isso alterou de forma radical o modo capitalista de produção e os sistemas organizacionais. O empregado tinha apenas uma tarefa, não detinha os meios para a execução da atividade e não havia trabalho em conjunto (WOOD JR, 1992).

A consequência da divisão do trabalho, na qual uma atividade é dividida em tantas partes minúsculas que cada operário especializado precisa somente de um mínimo de qualificação, tende a abolir completamente o trabalho qualificado. O resultado é que o que é comprado e vendido no mercado de trabalho não é a qualificação individual, mas a força de trabalho (labor), da qual todo ser humano deve possuir aproximadamente a mesma quantidade (ARENDT, 2007, p. 101).

Na década de 70, o capitalismo começou a apresentar sinais de desgaste, evidenciado pela queda dos lucros, gerada pelo aumento do preço da força de trabalho graças ao período pós-45 e as lutas sociais dos anos 60; o esgotamento do padrão de acumulação taylorista-fordista e a diminuição do consumo por conta do aumento do desemprego. Outra questão importante diz respeito à crise do Estado do Bem Estar Social, originando a necessidade de redução com os gastos públicos e sua transferência para o capital privado. Houve também o incremento das privatizações e da flexibilização do processo produtivo, dos mercados e da força de trabalho como sinais da deterioração do capitalismo (ANTUNES, 1999).

O autor conta que o toyotismo (ou ohnismo, de Ohno, engenheiro que criou o modelo na Toyota) é uma forma de organização do trabalho que surge no Japão pós-45 e rapidamente se dissemina pelas grandes companhias desse país por conta da crise dos modelos taylorista/fordista. É diferente do fordismo, pois visa atender às exigências mais individualizadas dos consumidores, ao contrário da produção em série e em massa do binômio taylorismo-fordismo. Além disso, a produção é variada e heterogênea, diferentemente da homogeneidade fordista. Baseia-se no trabalho em equipe, com multiplicidade de funções, rompendo com o caráter típico do fordismo de parcelamento das tarefas. A produção é estruturada em torno de um processo produtivo flexível e o estoque é mínimo. Com o toyotismo, as empresas

têm uma estrutura hierarquizada mais verticalizada, transferindo a terceiros grande parte da produção. Como características desse modo de organização do trabalho, Antunes (1999) cita a flexibilização, terceirização, subcontratação, controle de qualidade total, trabalho de equipe, eliminação do desperdício, “gerência participativa” e sindicalismo de empresa.

Quanto à crise do capitalismo, Antunes (1999) afirma que o trabalho morto predomina em relação ao trabalho vivo². Como consequência, cresce de forma significativa os trabalhadores sem produto, administradores de trabalho morto: burocratas, vendedores, boa parte do setor terciário da economia.

Essas mudanças no processo produtivo e a crise do modo de produção capitalismo culminaram na desregulamentação dos direitos trabalhistas, fragmentação da classe trabalhadora, precarização e terceirização da força de trabalho, destruição do sindicalismo, que se converteu “num sindicalismo dócil, de parceria, ou mesmo em um sindicalismo de empresa” (ANTUNES, 1999, p. 53).

Ainda em relação aos sindicatos, Arendt (2007) afirma que jamais foram revolucionários para provocar a transformação da sociedade e da categoria que representam.

Também como resultados dessa crise, Codo (1994) cita o conflito nas famílias, explosão da sexualidade como um fim em si mesmo, aumento assustador da pornografia, o culto ao narcisismo e a dificuldade cada vez maior de organização política.

Tractenberg (1999) conta que em “Megatendências”, de 1982, Naisbitt já previa as mudanças que ocorreriam futuramente, como por exemplo: a transformação de uma sociedade industrial para a sociedade da informação; a globalização; processos de descentralização nos aspectos sociais, políticos e econômicos, estruturas hierárquicas mais flexíveis nas organizações e o reforço do individualismo.

Ferreira (2006) e Gondim (1998) reafirmam que esse avanço tecnológico, o surgimento da Internet, da cibernética e da robótica trouxeram profundas mudanças na sociedade. Essa sociedade chamada “pós-industrial ou sociedade da informação” está orientada pelo neoliberalismo, sustentada pelo crescimento do setor de serviços

²Em seu livro “Os Sentidos do Trabalho - Ensaio sobre a Afirmação e a Negação do Trabalho”, Antunes (1999) explica que é crescente a substituição das capacidades intelectuais humanas (trabalho vivo) pela maquinaria informatizada (trabalho morto).

e apoiada em redefinições quanto aos valores temporais, teóricos, estéticos e morais. O mundo do trabalho fundamenta-se na flexibilização e nos novos modos de gerenciamento e organização do trabalho.

De acordo com Sennet (2002) o termo “flexibilidade” surgiu na língua inglesa no século XV como resultado da observação de que os galhos da árvore sempre voltavam à posição inicial após dobrar ao vento. Nesse sentido, o comportamento humano deve ter a capacidade de adaptar a situações variáveis e não quebrar por elas.

Nessa perspectiva de ênfase na flexibilidade, as formas rígidas de burocracia e a rotina são repensadas. Os trabalhadores deverão ser ágeis, abertos a mudanças, saber lidar com os riscos e depender cada vez menos de leis e procedimentos formais (SENNET, 2002).

Além desses atributos, o trabalhador deverá possuir um maior nível de escolaridade e preparo para desempenhar funções que estão em constante mudança (ATAIDE, 1997).

Tudo isso evidencia que o trabalhador de hoje é o oposto do ideal do Taylor-fordismo. Como exemplo, Codo (1996) cita o setor de serviços, no qual não há lugar para a parcialização das tarefas nem formas de construir uma linha de montagem para a venda de eletrodomésticos. As empresas utilizam da terceirização para as atividades meio, concentrando-se na atividade fim, o que gera a possibilidade de controle sobre o processo de trabalho. As organizações diminuem e/ou se subdividem em unidades com autonomia e como consequência “o processo de produção como um todo fica fisicamente acessível a cada trabalhador, metas e resultados também” (CODO, 1996, p. 48).

A organização do trabalho de Taylor era composta por muitos trabalhadores que geralmente não sabiam o que estavam fazendo com – “a compleição física e intelectual de um boi, nas palavras de Taylor” (CODO, 1996, p. 49). Atualmente, a organização do trabalho é composta por poucos trabalhadores inter-relacionados a centenas de outras organizações de mesmo tamanho, “cada qual fazendo o seu produto, da concepção à venda e todos interligados por um modem (não há lugares disponíveis para nenhum boi)” (CODO, 1996, p. 49). Quanto às exigências sob os funcionários, o autor explica que são pela participação, comprometimento, envolvimento, capacidade para trabalhar em equipe e cooperação.

É possível perceber então que essas transformações no mundo do trabalho afetaram o perfil da classe trabalhadora, pois se antes deveria ser altamente especializado, agora deve ser um profissional polivalente, capaz de realizar várias atividades. Contudo, essa nova configuração traz prejuízos ao trabalhador:

A rapidez dos avanços tecnológicos e organizacionais impossibilita o acompanhamento cognitivo destas mudanças, criando um processo de desqualificação permanente do trabalhador, de seu saber-fazer e de sua experiência acumulada (LANCMAN e SZNELWAR, 2008, p. 28).

Apesar do discurso contemporâneo de “flexibilidade” e a tentativa de eliminar a rotina nos setores dinâmicos da economia, a maior parte da mão de obra permanece inscrita na organização de trabalho fordista (SENNET, 2002).

A flexibilidade causa ansiedade, pois os trabalhadores não sabem que riscos serão compensados e que caminhos percorrer. O capitalismo disseminou a ideia de que a flexibilidade permite mais liberdade para as pessoas moldarem as suas vidas. Entretanto, a nova ordem impôs novos controles, que impactam no caráter pessoal. O caráter é definido por Sennet (2002, p. 10) como “traços pessoais a que damos valor em nós mesmos, e pelos quais buscamos que os outros nos valorizem”.

O poder organiza-se, nas modernas formas de flexibilidade, a partir de três elementos: reinvenção descontínua de instituições, especialização flexível de produção e concentração de poder sem centralização. Quanto à primeira, a mudança flexível busca reinventar as instituições para que “o presente se torne descontínuo com o passado” (SENNET, 2002, p. 55). Um exemplo disso é a transformação das antigas hierarquias piramidais para a prática das redes elásticas, nas quais o sistema é fragmentado e possibilita a eliminação de unidades repetitivas, ineficientes e redução de empregos.

O autor chama a atenção para a diminuição da produtividade do trabalhador em decorrência das reduções de empregos, pois “os trabalhadores sobreviventes ficaram mais à espera do próximo golpe do machado que exultantes com a vitória competitiva sobre os demitidos” (SENNET, 2002, p. 58).

A especialização flexível significa a tentativa de colocar, de forma mais rápida, produtos diversificados no mercado, configurando-se de forma diferente do sistema de produção homogêneo do fordismo.

A terceira característica do regime flexível é a descentralização do poder - concentração sem centralização – como uma maneira de realizar o comando em uma estrutura que não há mais clareza de uma pirâmide. Com isso, gera-se a falsa

impressão de que as pessoas nas categorias inferiores teriam mais controle ou liberdade sobre suas atividades. Contudo, o autor alerta que geralmente as organizações flexíveis estabelecem metas de difícil cumprimento, pressionando as unidades a produzir além das suas capacidades imediatas (SENNET, 2002).

Esses três elementos do regime flexível estão diretamente relacionados à organização do tempo no trabalho, com as pessoas não mais trabalhando em turnos fixos, mas em horários diferentes, mais individualizados. Sennet (2002) alerta que embora pareça trazer mais liberdade ao trabalhador, há por trás uma nova trama de controle, pois o trabalhador em flexitempo não adquire maior controle sobre o processo de trabalho em si. Ao contrário, estudos apontam que a supervisão do trabalho em muitos casos é maior do que com os ausentes do local de trabalho.

O trabalho de equipe serve a uma economia política flexível, celebrando a sensibilidade aos outros, exigindo aptidões como saber ouvir e ser cooperativo e enfatizando a capacidade de adaptação às mudanças. Contudo, o “trabalho de equipe é a prática do grupo da superficialidade degradante” (SENNET, 2002, p. 118).

Diante desse panorama atual do mundo do trabalho, Mendes (2007) ressalta que cria-se novas formas de subjetivação, de sofrimento, de patologias, reduzindo as possibilidades de reação e ação dos trabalhadores. A flexibilização tem produzido a precarização dos empregos e o sofrimento ético.

Lancman e Sznalwar (2008) alertam para o fato de que os assalariados submetidos à precarização das condições de trabalho, sem direitos trabalhistas e previdenciários, expõem-se mais aos riscos de acidentes e de adoecimento.

Mendes (2007) explica que o enfraquecimento do coletivo e a flexibilização da produção também geram vulnerabilidade ao trabalhador, que acaba produzindo estratégias contra o sofrimento mais defensivas ao invés de lutar por mudanças, facilitando uma maior exploração do trabalho.

Essa evolução contemporânea das formas de organização do trabalho, de gestão e de administração repousa sobre os princípios que sugerem, precisamente, sacrificar a subjetividade em nome da rentabilidade e da competitividade. As consequências desses princípios da organização do trabalho são, de um lado, o crescimento extraordinário da produtividade e da riqueza, e, de outro, a possibilidade de prejuízo à subjetividade e à vida no trabalho (MENDES, 2007).

Antunes (2004) afirma que frequentemente o sujeito não está satisfeito, se degrada e não se reconhece, desumanizando-se no trabalho.

O avanço tecnológico e essa configuração moderna do trabalho tornam-se perigosas, pois “acentuaram as desigualdades e a injustiça social e trouxeram novas formas de sofrimento qualitativamente mais complexas e sutis, sobretudo do ponto de vista psíquico” (LANCMAN; SZNELWAR, 2008, p. 33). Os dados estatísticos da Organização Internacional do Trabalho (OIT) apontam que em torno de 270 milhões de pessoas assalariadas sofrem acidentes, gerando gastos com doenças profissionais, absenteísmo, tratamentos, incapacidade e pensões (LANCMAN; SZNELWAR, 2008). Esses dados indicam a necessidade de políticas de prevenção a doenças e promoção à saúde dos trabalhadores.

1.3 A MODERNIDADE E OS IMPACTOS NO EU E NOS LAÇOS SOCIAIS

Para Giddens (2002) as instituições modernas são diferentes de todas as anteriores de ordem social no que diz respeito a dinamismo, nível de interferência nos hábitos e costumes da tradição e a seu impacto global. A modernidade também transforma de modo radical a vida diária e os aspectos mais íntimos da existência humana. A modernidade, entendida num nível institucional, se caracteriza pela crescente inter-relação entre as influências globalizantes e as disposições pessoais. O termo modernidade refere-se:

Às instituições e os modos de comportamento estabelecidos pela primeira vez na Europa depois do feudalismo, mas que no século XX se tornaram mundiais em seu impacto. A modernidade pode ser entendida como aproximadamente equivalente ao mundo industrializado desde que se reconheça que o industrialismo não é sua única dimensão institucional (GIDDENS, 2002, p. 21).

A modernidade possui dois eixos institucionais: o industrialismo e o capitalismo. O primeiro corresponde às relações sociais implicados no uso generalizado da força material e do maquinário nos processos de produção. O segundo eixo é o capitalismo, como um sistema de produção de mercadorias envolvendo mercados competitivos de produtos e a “mercantilização da força de trabalho” (GIDDENS, 2002, p. 21).

Uma característica importante da era moderna que a distingue de qualquer outro período é a sua extrema dinamicidade. A rapidez das mudanças sociais interfere nas práticas sociais e nos modos de comportamento. Mudanças nos

aspectos mais pessoais de um sujeito estão diretamente relacionados às configurações sociais de grande amplitude (GIDDENS, 2002).

Para Sennet (2002) a mudança mais visível do capitalismo da nossa época diz respeito às novas maneiras de organizar o tempo e, sobretudo o tempo de trabalho, com o lema “não há longo prazo”. A sociedade moderna luta contra o tempo rotineiro e burocrático, que pode paralisar o trabalho, o governo e outras instituições.

Birman (2009) também considera que o modo do sujeito se relacionar com a temporalidade é característico da modernidade e da pós-modernidade.

A quantificação e rentabilização da experiência do tempo se impõem ao sujeito. Este passa a ser regulado por engrenagens, produtivas e burocráticas, que realizam a extração sistemática do tempo. Com isso, o sujeito se esvai progressivamente da possibilidade de dominar livremente seu tempo, engolido que é pelas montagens quantificantes do social. Enfim, *time is money*, como nos revela um eloquente e bem conhecido provérbio americano sobre isso (BIRMAN, 2009, p.267).

A modernidade inicia o projeto do eu, mas sob forte influência dos efeitos padronizadores do capitalismo mercantil. Os estilos de vida e a auto realização são “empacotados e distribuídos segundo critérios de mercado” (GIDDENS, 2002, p. 183).

O eu da sociedade moderna experimenta sentimentos de impotência diante do mundo social amplo e alheio. Nas sociedades tradicionais, o sujeito era regulado pela longa durabilidade das instituições e pelo sistema de regras, que lhe conferiam segurança e certeza (BIRMAN, 2009; GIDDENS, 2002).

Birman (2009) explica que as incertezas e inseguranças são produtos da modernização do social e implicam em novas exigências para o sujeito. Sua subjetividade deve ser constantemente remodelada em consequência dessa transformação da ordem social. Com isso o desamparo do sujeito fica mais evidente.

Incrementa-se muito, dessa maneira, o potencial de incerteza do sujeito, já que este passa a ser exposto a maiores opções e escolhas. A insegurança e a angústia se multiplicam, como consequência. Estas se transformam em sua qualidade, assumindo novas formas anteriormente inexistentes, além de seu aumento quantitativo. Em função disso, o desamparo do sujeito se incrementa bastante, revelando-se o tempo todo como uma ferida exposta e sangrenta (BIRMAN, 2009, p. 78-79).

Em épocas pré-modernas as pessoas viviam em ambientes sociais que eram muito ligados entre si, seja em situações de família, lazer ou trabalho, isto é, dentro de um conjunto de ambientes comparáveis. Na modernidade, os indivíduos movem-se entre ambientes ou locais diferentes no curso de sua vida diária e produzem modos de ação específicos para cada contexto (GIDDENS, 2002).

O casamento e amizade modernos, por exemplo, diferem dos períodos pré-modernos, pois eram constituídos basicamente pela posição social do indivíduo, com pouca possibilidade de escolha espontânea. Já nos sistemas modernos, os parceiros podem ser escolhidos voluntariamente entre uma gama de possibilidades.

Com o lema “não há longo prazo”, a questão da confiança, compromisso mútuo e da lealdade ficam prejudicadas e tornam-se frágeis, pois são laços sociais construídos ao longo do tempo (SENNET, 2002).

Nas formas modernas, o Estado influencia muitos nos aspectos do comportamento diário. Para Giddens (2002, p. 141) “o domínio público é o do Estado, enquanto que o privado resiste à invasão das atividades de vigilância do Estado”.

De acordo com Giddens (2002) o segundo sentido para privado e público corresponde ao que é mantido oculto dos outros daquilo que é abertamente divulgado. O autor discorda de Sennet (2002), considerando um equívoco “interpretar o aumento da privacidade (e a necessidade da intimidade) em termos da erosão de uma esfera pública que costumava existir em comunidades mais tradicionais” (GIDDENS, 2002, p. 141).

Giddens (2002) também discorda de Sennet (2002) quanto à proposição de que as palavras público, como propriedade e bens possuídos em comum, e privado como privilégios de estratos dominantes, são criações do período moderno.

A tese não é inteiramente convincente. O que Sennet chama de vida pública faz parte tanto dos ambientes urbanos mais tradicionais como daqueles característicos da vida social moderna. As cidades pré-modernas já dispunham de uma florescente cultura cosmopolita (GIDDENS, 2002, p. 142).

Arendt (2007) também conceitua o termo “público”. Para ela, corresponde a dois fenômenos: o primeiro diz respeito a tudo o que se torna público, sendo visto e ouvido por todos, permitindo maior divulgação possível. Contudo, precisa ser importante, digno de ser visto e ouvido, “de sorte que o irrelevante se torna automaticamente privado” (ARENDT, 2007, p. 61). O segundo sentido para público corresponde ao próprio mundo como comum a todos os homens e diferente do lugar que cada um ocupa. Birman (2009) também discute a diferença entre público e privado, afirmando que:

Nas sociedades modernas, quando se institui a diferença entre os registros do público e privado do social, entre o dentro e o fora – de tal forma que se estabelece uma radical disparidade entre as ordens do indivíduo e da sociedade, o tempo passa ser concebido de maneira absolutamente

diversa. Assim, o tempo entra no registro da quantificação e se transforma em um operador fundamental dos processos sociais de produção. Com isso, qualquer uma das práticas sociais passa a ser regulada pelo tempo em uma escala quantificável (BIRMAN, 2009, p.266-267).

Na modernidade não há autoridades definitivas. A reivindicação pela autoridade ocorre mais do que em culturas pré-modernas. A tradição era uma fonte primeira de autoridade, perpassando muitos aspectos da vida social. Giddens (2002) cita a religião como uma das instituições específicas de autoridade. Os céticos, magos e feiticeiros, normalmente nas culturas pré-modernas apesar de se contraporem à ortodoxia religiosa, não tinham o alcance geral da autoridade do sistema religioso dominante. Já nas sociedades tradicionais maiores, nas quais havia mais diversidade nas ordens religiosas, “havia pouco pluralismo no sentido moderno: a ortodoxia enfrentava várias heresias” (GIDDENS, 2002, p. 180).

Duas fontes de autoridade que sustentavam as relações de confiança em contextos tradicionais citados por Giddens (2002) eram a comunidade local e o sistema de parentesco. Nesse sentido, os vínculos e os comportamentos eram influenciados pelas normas.

Nos tempos modernos, há ainda algumas formas de autoridade, inclusive a religião. As formas de autoridade tradicional são parte de um pluralismo indeterminado de especializações, como os peritos e os especialistas. Contudo, esses termos são muito diferentes da autoridade, no sentido tradicional (GIDDENS, 2002).

Todas essas características da Modernidade levam ao que Birman (2009) chama de “nova cartografia do social”, na qual observa-se a fragmentação da subjetividade, encontrando-se o eu numa posição privilegiada. Como consequência, essa nova forma de subjetivação pauta-se na cultura do narcisismo e na sociedade do espetáculo, sendo que os destinos do desejo assumem um caráter marcadamente exibicionista e autocentrada além de um esvaziamento das trocas humanas.

Para o autor, a cultura do narcisismo e do espetáculo dificulta possibilidade de reinvenção do sujeito e do mundo, pois o que é importante é a performance.

Nessa *performance*, marcada pelo narcisismo funesto em seus menores detalhes, o que importa é que o eu seja glorificado, em extensão e em intenção. Com isso, o eu se transforma numa majestade permanente, iluminado que é o tempo todo no palco da cena social (BIRMAN, 2009, p. 168).

A mídia tem um papel fundamental na exaltação do eu e o indivíduo esforça-se para estar sempre presente nos meios de comunicação de massa, em uma cultura da imagem e da aparência. Dessa maneira, “o sujeito vale pelo que parece ser, mediante as imagens produzidas para se apresentar na cena social, lambuzado pela brilhantina eletrônica” (BIRMAN, 2009, p. 167).

Nesse cenário, tem-se a violência como marco da atualidade, uma vez que “a auto exaltação desmensurada da individualidade no mundo espetacular implica a crescente volatilização da solidariedade. Enquanto valor, esta se encontra assustadoramente em baixa” (BIRMAN, 2009, p. 25).

Nessa cultura do narcisismo não há a possibilidade de admiração ao outro, já que o sujeito não consegue se descentrar de si mesmo, encarando o outro apenas como um objeto para seu usufruto e no ambiente de trabalho, incentivado pela concorrência pós-industrial, o outro passa a ser uma ameaça. Sendo assim, as relações sociais na atualidade têm características agonísticas, pois “na ausência de projetos sociais compartilhados, resta apenas para as subjetividades os pequenos pactos em torno da possibilidade de extração de gozo do corpo do outro, custe o que custar” (BIRMAN, 2009, p. 25).

O autocentramento se apresenta inicialmente sob a forma da estetização da existência, onde o que importa para a individualidade é exaltação gloriosa do próprio eu. [...] O cuidado excessivo com o próprio eu se transforma assim em objeto permanente para a admiração do sujeito e dos outros, de tal forma que aquele realiza polimentos intermináveis para alcançar o brilho social (BIRMAN, 2009, p. 166-167).

É possível compreender então que a fragilidade atual do coletivo é um dos frutos dessa nova cartografia social. Para Arendt (2007) a ação do sujeito só ocorre quando há o coletivo e o isolamento priva o sujeito da sua capacidade de agir.

A autora aponta que esse conformismo inerente à sociedade moderna só foi possível porque a ação foi substituída pelo comportamento, tornando-se a principal forma de relação humana.

Antunes (1999) traz uma questão importante, explicando que o capital reforça esse culto ao individualismo, provocando o enfraquecimento da solidariedade e da atuação coletiva e social para recuperar sua hegemonia. Também em relação ao individualismo, Giddens (2002) afirma que sempre foi reforçado desde o começo pelos mercados na medida em que se dissemina a ideia dos direitos e responsabilidades individuais. Posteriormente, o individualismo invade também a esfera do consumo, com identificação das preferências individuais.

A ordem social destituída de valores ideais conduz necessariamente sujeitos e grupos para o polo narcísico e na busca de gozo solitário, pois não existem ideais alteritários que fomentem o projeto dos grupos sociais. A violência então toma corpo (BIRMAN, 2009, p. 298).

Quanto ao mundo do trabalho, a negação dos direitos trabalhistas ou até a própria negação do direito ao trabalho, pode levar ao sofrimento psíquico.

[...] Os que trabalham vão perdendo gradualmente a esperança de que a condição que hoje lhes é dada possa amanhã melhorar. [...] Assim a relação para com o trabalho vai-se dissociando paulatinamente da promessa de felicidade e segurança compartilhados: para si mesmo, primeiramente, mas também para os colegas, os amigos e os próprios filhos. Esse sofrimento aumenta com o absurdo de um esforço no trabalho que em troca não permitirá satisfazer as expectativas criadas no plano material, afetivo, social e político (DEJOURS, 2007, p. 17-18).

O sofrimento e o prazer são solitariamente vivenciados. O sucesso e o fracasso no trabalho são experimentados de forma individual. Diante da chantagem dos prêmios e a intensificação do ritmo do trabalho, o operário está só. Diante da ansiedade e do tédio relativos à tarefa, “ele deverá assumi-los, individualmente, mesmo se estiver no meio de uma colmeia, porque as comunicações estão excluídas, às vezes até proibidas. [...] Não há obra coletiva” (DEJOURS, 1992, p. 39).

A individualização apaga as iniciativas espontâneas, pois rompe as responsabilidades e o saber, anula as defesas coletivas e conduz, de forma paradoxal, a uma diferenciação do sofrimento de um trabalhador e de outro. Por conta do fracionamento da coletividade, o sofrimento provocado pela organização do trabalho produz respostas defensivas fortemente personalizadas (DEJOURS, 1992).

Vê-se assim que a organização do trabalho flexível produz o enfraquecimento do coletivo e da solidariedade, violência, negação dos direitos e o individualismo, levando o sujeito ao sofrimento e a mobilização das defesas para o enfrentamento da realidade laboral.

2 - O TRABALHO NO HOSPITAL E SUA RELAÇÃO COM O PROCESSO SAÚDE – DOENÇA

Esta seção apresentará a história do hospital com o objetivo de refletir acerca das suas práticas e discursos presentes atualmente e compreender o contexto específico da atuação dos psicólogos do hospital. Além disso, objetiva trazer à tona alguns percalços que o profissional de saúde geralmente enfrenta nesse ambiente - lidar com as suas próprias limitações e sentimentos de impotência frente à dor e a morte- o que pode gerar sofrimento psíquico.

Buscando uma aproximação com a Psicologia Hospitalar, âmbito específico em que a presente pesquisa ocorreu, também serão tratados os dois possíveis níveis de atuação desse profissional – clínico ou institucional. A formação para essa especialidade será abordado, uma vez que essa questão tem preocupado pesquisadores e profissionais da área.

Por fim, pesquisas sobre a saúde dos profissionais da saúde, inclusive uma com psicólogas na perspectiva da psicodinâmica do trabalho, serão apresentadas com o intuito de conhecer os riscos que esses trabalhadores podem estar expostos.

2.1 O HOSPITAL: SUA HISTÓRIA E PARTICULARIDADES

O surgimento do hospital, focado em pessoas com problemas físicos, é semelhante aos processos que criaram as organizações carcerárias, nos quais pobres e loucos são excluídos do convívio social.

O desenvolvimento do hospital em seu sentido moderno está intimamente ligado à profissionalização da medicina. O hospital é um ambiente onde a tecnologia médica pode ser concentrada e o saber médico desenvolvido. E, no entanto, como os manicômios e prisões, o hospital também é um lugar onde aqueles que foram desqualificados da participação nas atividades sociais ortodoxas são segregados (GIDDENS, 2002, p. 150).

O hospital como um instrumento terapêutico e de intervenção para a cura é uma criação relativamente nova, como percebe-se adiante:

Quando examinamos a história da instituição hospitalar, deparamo-nos com um fato curioso: ela nem sempre foi uma instituição com fins lucrativos, tampouco uma instituição médica. Desde o fim da Idade Média até meados do século XVIII, o hospital era, na Europa, um espaço asilar de exclusão para pobres, loucos, prostitutas. Os doentes que precisavam de assistência internavam-se para morrer. Os cuidados eram prestados por pessoas que faziam caridade, visando à salvação espiritual do moribundo e à sua própria; não havia um projeto terapêutico para a internação (CAZETO, 1997, p. 147).

Até esse período histórico, o hospital exercia papel disciplinador, combatendo a pobreza e marginalidade, característicos dos espaços urbanos. Essa instituição mantinha um duplo caráter: religioso caritativo e obedecendo às regras sociais de mercado (PITTA, 1994).

Nessa perspectiva caritativa, os funcionários não tinham como objetivo curar o doente, mas alcançar sua própria salvação. O cuidado era realizado por religiosos ou leigos, de modo que sua ação de caridade garantisse salvação da alma do pobre no momento da morte e a sua própria salvação eterna (PITTA, 1994).

Nessa época, a loucura era vista como resultado da vontade de Deus e, portanto, dignos de receber alguma ajuda da comunidade. Acreditava-se que a insanidade derivava das condições sociais e a forma de produzir supostas curas seria por meio do controle do comportamento (GIDDENS, 2002).

A segregação dos loucos e dos criminosos se acelerou quando essas categorias foram separadas da pobreza em geral, e quando se passou a acreditar que todas elas eram intrinsecamente capazes de alteração. Construir um ambiente especial para os desviantes fornecia os meios de integrar o tratamento corretivo com a manutenção de controle regular sobre os ambientes da vida diária do lado de fora (GIDDENS, 2002, p. 147).

O surgimento da ideia de que a doença mental, sob determinadas condições, podia afetar qualquer um da população, a torna um dos riscos que a modernidade acarretava (GIDDENS, 2002).

O objetivo dos manicômios era a cura e o encarceramento pretendia não apenas o tratamento, mas também restauração da saúde mental pelo próprio ambiente do manicômio, que poderia corrigir as deficiências da comunidade social mais ampla. Em termos de vigilância e rotinas regulares, o manicômio é semelhante à prisão. A cura, nesse sentido, é medida “pela capacidade e pela vontade da pessoa de funcionar de maneira satisfatória no ambiente social mais amplo” (GIDDENS, 2002, p. 149).

O autor explica que em períodos pré-modernos, a “insanidade”, “crime” e “pobreza” não eram tratados como problemas sociais ou como indicadores de fracasso pessoal ou da comunidade, mas vistos como característica extrínseca da existência humana. O termo “pobre” abrangia desde viúvas, órfãos, doentes, velhos e até deficientes.

O processo de coletivização do processo de trabalho de saúde torna-se característica dos serviços de saúde, no qual o trabalho é realizado por grupos. Como não é possível que uma única categoria domine a totalidade dos

conhecimentos e técnicas existentes, é preciso que ocorra a especialização, como forma de divisão técnica do trabalho (PITTA, 1994).

Uma particularidade marcante no hospital é ser, ainda hoje, fortemente influenciado pelo modelo taylorista/fordista, da administração clássica e do modelo burocrático (MATOS; PIRES, 2006).

Subtraindo a produção da mercadoria e de mais-valia, o processo de trabalho em saúde não se diferencia do industrial, sendo ambos, portanto, organizados dentro da mesma lógica. O setor saúde, apesar de não estar dentro do processo de produção de mais-valia, assume um papel social, uma vez que protege o sujeito da doença com o objetivo de melhor explorar sua força de trabalho (MENDES-GONÇALVES, 1992).

Dejours (1992) contribui para essa discussão, afirmando que: “quando esta dor torna-se insuportável ou torna impossível o trabalho, somente então se decide consultar um médico” (DEJOURS, 1992, p. 32-33).

Somente são reconhecidas aquelas doenças que se exprimem por sintomas muito evidentes para serem escondidos: uma tosse com hemoptise, um emagrecimento evidente, um enfraquecimento fisiológico que signifique uma síndrome deficitária grave. Para que uma doença seja reconhecida, para que se resigne a consultar um médico, para que se aceite ir ao hospital, é preciso que a doença tenha atingido uma gravidade tal que ela impeça a continuidade seja da atividade profissional (DEJOURS, 1992, p. 30).

Pitta (1994) também confirma que o adoecer na sociedade é marcado pelo aspecto de produção mercantilista. Para ele, ficar doente é deixar de produzir, é vergonhoso, devendo ser imediatamente ocultado e excluído. O papel do hospital é esse: recuperar quando possível e devolver o doente à sua situação anterior.

Dejours (1992) explica que o adoecimento e a consequente internação hospitalar são vistos como fracasso e fonte de vergonha, a ruína de um sistema que busca conter a doença e o sofrimento, marcando também a brecha do sistema defensivo contra a doença.

O fracasso é o grande tabu moderno. A literatura popular está cheia de receitas de como vencer, mas em grande parte calada sobre como enfrentar o fracasso. Aceitar o fracasso, dar-lhe uma forma e lugar na história de nossa vida, pode ser uma obsessão interior nossa, mas raras vezes a discutimos com os outros (SENNET, 2002, p. 141).

Além disso, o trabalho em saúde se desenvolve atendendo necessidades socialmente elaboradas, de acordo com o tempo e o espaço. A constante utilização de altas tecnologias, exames de alta complexidade e “medicalização” crescente são

fatos que comprovam e exemplificam a influência da lógica de mercado na saúde (RIBEIRO, PIRES, BLANK, 2004).

Matos e Pires (2006) consideram a fragmentação das linhas de comando entre as várias categorias como outro ponto de identificação do trabalho em saúde com as características de uma produção capitalista.

De acordo com Cecílio (1999) há autonomia por parte dos médicos, que recusam projetos gerenciais, organizando-se por uma lógica de acordos e entendimentos baseados em uma ética corporativa. Tratados como “clientes” do hospital e dos demais serviços, resistem a mudanças de gestão e organização do trabalho.

Ainda segundo o autor, a enfermagem é uma categoria profissional fechada, com autonomia em relação à direção, com uma linha de mando vertical formalizada e legitimada, nos moldes taylorista-fordista. Detém poder sobre os técnicos e auxiliares de enfermagem e em relação à categoria médica, disputam a assistência e vivenciam diariamente diversos conflitos.

Com uma lógica própria, a área administrativa é o grupo mais silencioso dentro do hospital, porém detém recursos estratégicos fundamentais para o funcionamento da Instituição. Pauta-se em regras e rotinas, com linha de comando vertical, formalizada e considerada legítima (CECÍLIO, 1999).

Cecílio (1997; 1999) aponta que outros profissionais de saúde como psicólogos e nutricionistas estão dispersos na estrutura do hospital. A influência dessas categorias é mais restringida, uma vez que são numericamente menores em relação aos demais.

Cecílio (1997; 1999) e Matos e Pires (2006) afirmam que a estrutura organizacional dos hospitais é baseada em organogramas clássicos, com hierarquias verticais e inflexíveis e a separação das responsabilidades.

Além dessa organização do trabalho no hospital obedecendo aos moldes taylorista/fordista, o profissional de saúde ainda precisa enfrentar as suas próprias limitações e impotência diante da dor, desamparo, doença e morte do paciente (CAMPOS, 2007). Seu cotidiano é marcado também pela necessidade de cuidar de pessoas políquelxosas, agressivas, hostis, autodestrutivas, deprimidas e que, muitas vezes, criam expectativas irreais sobre o tratamento. Precisam dar conta de jornadas de trabalho extensas e múltiplas e trabalham em condições precárias (SEBASTIANI, 2002).

Os trabalhadores da saúde também precisam lidar com a mesma experiência vivida pela sua clientela, pois as situações de trabalho às quais eles estão submetidos podem provocar sofrimento, adoecimento psíquico e crises de identidade (PITTA, 1994).

Conforme Ferreira e Barros (2003) lidar com pacientes engendra um ritmo de atividades e relações exigentes de atenção, habilidade e competência. O reduzido espaço físico; a situação social precária de boa parte dos pacientes em acompanhamento; as perdas e lutos vividos pelos profissionais e familiares de pacientes; a burocracia dos processos públicos estatais; as relações entre a equipe; a necessária multiplicidade de empregos de alguns profissionais para compensar baixos salários; e o reduzido número de trabalhadores para atender a demanda crescente representam experiências que retratam e caracterizam o dia-a-dia dos profissionais de saúde.

É relevante atentar para o fato de que, como parte da dinâmica do trabalho hospitalar, encontra-se ainda a expectativa na qual o fazer do trabalhador deve produzir um equilíbrio entre vida e morte, entre saúde e doença, entre cura e o óbito que, na realidade, ultrapassa suas possibilidades pessoais (PITTA, 1994).

Tais discussões referentes às angústias e preocupações do profissional de saúde, principalmente do psicólogo, ainda são escassas. Há poucas ações voltadas à preservação da saúde mental dos cuidadores, desqualificando os seus serviços prestados (FORTUNA, 2005, FRAGA, 1997, GARCIA e JORGE, 2006, MIGOTTI, 2001; MARTINS - NOGUEIRA, 2008).

Quanto ao psicólogo hospitalar, conotação que o diferencia dos outros na área, pouco se tem escrito, nem mesmo são realizadas ações pertinentes na área, em prol da sua saúde mental, apesar de sua incorporação nas instituições hospitalares, em nosso meio ter ocorrido, há mais de 50 anos (PÉREZ-RAMOS, 2004, p. 30).

Situações estressantes como lidar cotidianamente com diversas doenças, muitas vezes graves e sem chances de cura, e manifestações de angústia, sofrimento, dor, tristeza e falta de esperança de pacientes e familiares e da equipe pode ocasionar prejuízos à saúde do psicólogo. Além disso, seu trabalho frequentemente não é valorizado e os funcionários, equipe e até o próprio hospital não conhecem suas reais atribuições (PÉREZ-RAMOS, 2004).

Essa não é uma realidade restrita apenas aos profissionais de saúde. De forma geral, conforme aponta Vasquez-Menezes (2004), apesar de reconhecer o

papel que o trabalho assume na estruturação do indivíduo, como construtor de identidade e inclusão social, a categoria trabalho ainda tem sido pouco investigada. A autora destaca ainda que o adoecimento físico e mental dos trabalhadores é uma realidade preocupante.

Jacques e Codo (2007) alertam que são poucos os dados estatísticos sobre a saúde mental do trabalhador. Os autores argumentam que até pouco tempo atrás o trabalho não era visto como um agente causal importante na doença mental. Além disso, psicólogos e outros profissionais da saúde não dispõem de formação que lhes possibilite conhecer a área da saúde do trabalhador.

2.2- O PSICÓLOGO NO HOSPITAL: CLÍNICO OU INSTITUCIONAL?

Antes de discorrer a respeito dos diferentes entendimentos acerca da atuação do psicólogo no Hospital, primeiramente é importante contextualizar historicamente o processo de inserção do psicólogo neste local.

O termo Psicologia Hospitalar tem sido usado no Brasil para nomear o trabalho de psicólogos em hospitais, e até aonde se sabe, não há precedentes em outros países (BUCHER, 2003).

Angerami-Camon (2004) relata que o início da Psicologia Hospitalar no Brasil data de 1954, quando Matilde Neder foi convidada para atender pacientes submetidos à cirurgia de coluna na Clínica Ortopédica e Traumatológica da Universidade de São Paulo (USP), preparando-os para a intervenção cirúrgica bem como acompanhar o pós-operatório. Sua prática era orientada por uma Psicoterapia breve de base psicanalítica.

Angerami-Camon (2004) ressalta outro marco importante para a Psicologia Hospitalar, quando Bellkiss Wilma Romano Lamosa foi convidada para organizar e implantar o Serviço de Psicologia do Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, em 1974. A partir daí, vários cursos a respeito da atuação do psicólogo em Hospitais foram oferecidos por instituições como a Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) e o Instituto Sedes Sapientiae de São Paulo.

Em 1982 há dois momentos importantes para a Psicologia Hospitalar no Brasil: a inserção no Serviço de Oncologia Ginecológica da Real e Benemerita Sociedade Portuguesa da Beneficência, com pacientes mastectomizadas, e a

implantação do Serviço de Psicologia no Hospital Brigadeiro, com o objetivo de humanizar o atendimento à criança hospitalizada (ANGERAMI-CAMON, 2004).

A partir de 1984, intensifica-se o processo de expansão e divulgação da Psicologia Hospitalar, com a produção de eventos científicos, publicação de livros e revistas, defesas de teses de Doutorado e a criação do Núcleo de Pesquisa e Estudo em Tanatologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) por Wilma C. Torres (ANGERAMI-CAMON, 2004).

Em 2001, O Conselho Federal de Psicologia (CFP), por meio da Resolução nº 02/2001, institui o título de especialista em Psicologia Hospitalar em seu respectivo registro no item IV:

Atua em instituições de saúde, participando da prestação de serviços de nível secundário ou terciário da atenção à saúde. Atua também em instituições de ensino superior e/ou centros de estudo e de pesquisa, visando o aperfeiçoamento ou a especialização de profissionais em sua área de competência, ou a complementação da formação de outros profissionais de saúde de nível médio ou superior, incluindo pós-graduação lato e stricto sensu. Atende a pacientes, familiares e/ou responsáveis pelo paciente; membros da comunidade dentro de sua área de atuação; membros da equipe multiprofissional e eventualmente administrativa, visando o bem estar físico e emocional do paciente; e, alunos e pesquisadores, quando estes estejam atuando em pesquisa e assistência. Oferece e desenvolve atividades em diferentes níveis de tratamento, tendo como sua principal tarefa a avaliação e acompanhamento de intercorrências psíquicas dos pacientes que estão ou serão submetidos a procedimentos médicos, visando basicamente a promoção e/ou a recuperação da saúde física e mental. Promove intervenções direcionadas à relação médico/paciente, paciente/família, e paciente/paciente e do paciente em relação ao processo do adoecer, hospitalização e repercussões emocionais que emergem neste processo. O acompanhamento pode ser dirigido a pacientes em atendimento clínico ou cirúrgico, nas diferentes especialidades médicas. Podem ser desenvolvidas diferentes modalidades de intervenção, dependendo da demanda e da formação do profissional específico; dentre elas, ressaltam-se: atendimento psicoterapêutico; grupos psicoterapêuticos; grupos de psicoprofilaxia; atendimentos em ambulatório e Unidade de Terapia Intensiva; pronto atendimento; enfermarias em geral; psicomotricidade no contexto hospitalar; avaliação diagnóstica; psicodiagnóstico; consultoria e interconsultoria. No trabalho com a equipe multidisciplinar, preferencialmente interdisciplinar, participa de decisões em relação à conduta a ser adotada pela equipe, objetivando promover apoio e segurança ao paciente e família, aportando informações pertinentes à sua área de atuação, bem como na forma de grupo de reflexão, no qual o suporte e manejo estão voltados para possíveis dificuldades operacionais e/ou subjetivas dos membros da equipe (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, Resolução nº 02/2001).

Quanto à atuação do psicólogo no contexto hospitalar, há dois níveis possíveis de atuação do psicólogo: junto ao paciente, compreendendo o processo saúde-doença e prestando assistência psicológica; ou trabalhando a instituição

como totalidade, investigando a ordem instituída (QUEIROZ, WENDT e CREPALDI, 2008).

A primeira possibilidade baseia-se no modelo clínico de atendimento nas instituições de saúde, designada de psicologia clínica no hospital. Nesta perspectiva, Romano (1999) e Angerami-Camon (2004) apontam como tarefas do profissional: minimizar o sofrimento do paciente decorrente da hospitalização, humanização do ambiente, atendimento à família do paciente, mediar relação equipe e paciente, sendo o porta-voz das necessidades, desejos, podendo intervir de forma que os desencontros de informações sejam minimizados.

Para minimizar o sofrimento provocado pela hospitalização, é necessário abranger não apenas a hospitalização em si – em termos específicos da patologia que eventualmente tenha originado a hospitalização, mas principalmente as sequelas emocionais dessa hospitalização [...] a pessoa hospitalizada será abordada pelo psicólogo em seu próprio leito (ANGERAMI-CAMON, 2004, p. 73).

Há a atuação do psicólogo na família, pois o indivíduo é compreendido como parte integrante de um meio ao qual está inserido. Na hospitalização de um membro, uma crise familiar pode ser instaurada, gerando a necessidade de reorganização da dinâmica familiar. A intervenção na família visa também o esclarecimento das condições necessárias ao restabelecimento físico e emocional do paciente, abordando questões referentes a patologia do paciente e a interação familiar a partir da hospitalização (ANGERAMI-CAMON, 2004).

Com a equipe de saúde, o psicólogo deverá participar das reuniões semanais, refletindo a respeito dos aspectos emocionais dos casos tratados, enriquecendo as discussões com subsídios que permitam uma visão mais abrangente do paciente. Também poderão ser apresentados pareceres ou diagnósticos psicológicos de determinados pacientes quando solicitados pela equipe de saúde. Outra tarefa do psicólogo diz respeito a promover mudanças na relação médico-paciente e também orientar aos aspectos inerentes do processo de hospitalização, englobando os cuidados dispensados pela equipe de saúde para o restabelecimento do paciente (ANGERAMI-CAMON, 2004).

O segundo nível possível de atuação dentro do hospital é visando-o como totalidade, numa vertente institucional da Psicologia Hospitalar, no qual os atores constituem e são constituídos nas relações institucionais, levando em consideração a posição hierárquica e de poder dos sujeitos nos diferentes grupos que compõem o hospital (QUEIROZ, WENDT e CREPALDI, 2008).

Romano (1999) explica que uma das funções do psicólogo nessa perspectiva é investigar o clima institucional, atendendo às situações de tensões na equipe, decorrentes do contato diários com os problemas de morte e doença, circunstâncias que aumentem o nível de ansiedade e comprometam a execução das tarefas. A finalidade é “investigar e atuar nos fenômenos institucionais que interfiram no funcionamento desta equipe nesta instituição” (ROMANO, 1999, p. 28).

A meta do psicólogo institucional hospitalar é a promoção da saúde e a sua tarefa é investigar e tratar a própria instituição, promovendo um estranhamento das relações de poder legitimadas e propor novas possibilidades para as mesmas (QUEIROZ, WENDT e CREPALDI, 2008). Nessa perspectiva, o hospital, entendido como uma instituição, deve ser o próprio cliente do psicólogo.

2.3 A FORMAÇÃO DO PSICÓLOGO PARA A ATUAÇÃO EM AMBIENTES HOSPITALARES

Angerami-Camon (2004) explica que a atuação do psicólogo no contexto hospitalar, no Brasil, é polêmica quando se levantam discursos sobre o papel da profissão nesse local. A formação acadêmica é falha no que diz respeito aos embasamentos teóricos e aos modelos de atuação pautadas na clínica.

Apenas recentemente os programas acadêmicos de psicologia começaram a se preocupar com essa questão, contudo, ainda mostra-se precária, uma vez que as próprias instituições formadoras mantém esse modelo de atuação em clínica. Além disso, o aluno ao ingressar no curso já carrega a imagem social do psicólogo como clínico especializado (CHIATONNE, 2009).

Dimenstein (2001), Yamamoto e Oliveira Cunha (1998) também consideram a formação insuficiente para o exercício profissional e lembram que, desde a regulamentação da psicologia como profissão, é forte a atração pela atividade clínica, gerando psicólogos que sentem dificuldades em exercer sua prática diante das exigências e peculiaridades da demanda principalmente do setor saúde.

Chiattonne (2009) menciona os resultados das pesquisas realizadas por Sólón (1992) e Lamosa (1987) nas quais se constatou a lacuna da formação recebida na graduação para a atuação em ambientes hospitalares.

Na pesquisa “O psicólogo em hospitais de Natal: uma caracterização preliminar” de Yamamoto e Oliveira Cunha (1998) observou-se que as atividades,

essencialmente clínicas, desenvolvidas pelos profissionais eram a psicoterapia breve com pacientes, trabalhos de suporte com familiares, indicando uma extensão do atendimento convencional clínico.

Entretanto, Chiattonne (2009) alerta para o fato de que ao transferir o modelo clínico para as organizações de saúde o psicólogo encontra dificuldades em relação à demanda institucional, deparando-se com as limitações da sua formação acadêmica e mantendo ações individuais de consultas em consultórios.

Dimenstein (2001) concorda que o modelo clínico da psicoterapia individual ainda é a forma de trabalho mais comum entre os psicólogos no setor público. Essa particularidade pode ser o reflexo do incentivo dado por parte das instituições aos atendimentos individuais em detrimento de outras práticas que não são valorizadas por fugirem do estereotipo atribuído ao psicólogo.

A autora indaga se isso também estaria relacionado ao fato de que os psicólogos se sentiriam mais à vontade e seguros realizando esse tipo de tarefa, dada a formação recebido na graduação. Essa ferramenta também garantiria uma certa diferenciação e relativo poder ao profissional de psicologia.

Angerami-Camon (2004) critica essa tentativa de muitos profissionais da área de definirem a atuação no hospital como sendo prática psicoterápica, ainda que realizada no contexto institucional, pois os objetivos da psicoterapia diferem da psicologia no âmbito hospitalar. A primeira visa “levar o paciente ao autoconhecimento, ao autocrescimento e à cura de determinados sintomas” (Angerami-Camon, 2004, p. 69). Já segunda tem como objetivo principal:

A minimização do sofrimento provocado pela hospitalização [...] também é necessário abranger não apenas a hospitalização em si – em termos específicos da patologia que eventualmente tenha originado a hospitalização –, mas principalmente as sequelas e decorrências emocionais dessa hospitalização (ANGERAMI-CAMON, 2004, p. 73).

O autor alerta que muitos casos exigirão, após o processo de hospitalização, encaminhamentos para psicoterapia, dada a complexidade, as sequelas e o comprometimento emocional.

Na psicoterapia, enquadramento no setting terapêutico ocorre no momento que o paciente inicia o processo psicoterápico, sendo definido de forma clara e precisa pelo profissional, questões relativas a normas, diretrizes, horário de duração de cada sessão, eventuais reposições de sessões, prazo de aviso para eventuais faltas etc. Há ainda a privacidade do relacionamento, sendo que na maioria dos

processos não há interrupções durante as sessões por fatores externos (ANGERAMI- CAMON, 2004).

Diferentemente do processo psicoterápico, a Psicologia Hospitalar não possui setting terapêutico tão definido e tão preciso, pois os atendimentos psicológicos nas enfermarias frequentemente são interrompidos pela equipe para a aplicação de injeções, prescrições medicamentosas, limpeza do quarto, banho e visitas familiares.

Para o autor, no hospital o paciente será atendido pelo psicólogo no leito. O desconhecimento do papel do psicólogo é frequente, por isso é necessário que a abordagem do psicólogo, como parte da equipe de profissionais de saúde, seja resultado de encaminhamento realizado por intermédio de outros colegas e também a partir da sua avaliação de cada caso. É imprescindível também que a pessoa hospitalizada seja respeitada quando ao desejo ou não de receber essa assistência psicológica.

Além da formação deficiente em Psicologia Hospitalar, as grades curriculares não abrangem discussões sobre a saúde em seus aspectos políticos, sociais e econômicos, o que permitiria uma “apreensão do processo de adoecimento como parte de um contexto mais amplo, complexo e multideterminado, fundamental para o embasamento da prática do psicólogo no hospital geral” (ALMEIDA, 2000, p.25).

Historicamente a psicologia sempre esteve distante da realidade social, das necessidades e sofrimento da população, “levando profissionais a cometer muitas distorções teóricas, a práticas descontextualizadas e etnocêntricas, e a uma psicologização dos problemas sociais, na medida em que não são capacitados para perceber as especificidades culturais dos sujeitos” (DIMENSTEIN, 2001, p. 59).

A inserção do psicólogo na área de Saúde tem sido debatida principalmente nas duas últimas décadas, em decorrência do assalariamento profissional, sendo o Estado um dos principais empregadores nos últimos anos (LEITE, 1997; ALMEIDA, 2000). As políticas públicas no Brasil contribuíram para o crescimento da oferta de vagas para psicólogos na área da saúde a partir dos anos 70.

Os hospitais gerais constituem um novo campo de trabalho para o psicólogo, não só em função da proposta de atenção integral à saúde, como também em função da crise enfrentada pela clínica privada. A abertura de concursos e de possibilidades de atuação do psicólogo nestas instituições faz com que o profissional se volte para este campo, muitas vezes sem uma

reflexão mais cuidadosa sobre a especificidade desse trabalho (ALMEIDA, 2000, p. 24-25).

Dessa forma, a área de saúde no setor público foi se tornando um atrativo para os psicólogos, proporcionando empregos assalariados estáveis, ainda que as condições de trabalho nem sempre fossem consideradas ideais (ALMEIDA, 2000).

A autora chama a atenção para o fato de que a entrada do psicólogo no sistema de saúde parece não ter alterado os modelos teóricos e práticos que fundamentam sua atuação. “Daí, sua dificuldade em construir novas práticas voltadas para a produção social da saúde e da cidadania, práticas comprometidas com o bem-estar social” (DIMENSTEIN, 2001, p. 59-60).

Starling (2002) discute criticamente a proposição de áreas de especialização profissional para a psicologia. Para ele, o aparecimento de determinadas especializações, como a de psicologia hospitalar, indica ter como única característica peculiar o lugar físico onde ocorre a intervenção. Em uma investigação minuciosa dessa área será possível encontrar produções teórico-práticas dos mais diversos referenciais, como da psicologia clínica, da psicologia social e da análise institucional.

Para o autor, o risco do crescimento na oferta de especializações seria “a pulverização e a desarticulação da formação e disseminação do conhecimento numa profissão ainda muito recente historicamente” (STARLING, 2002, p. 88). Nesse sentido, o autor é favorável às especializações formais nas subdivisões históricas da psicologia, como a clínica, escolar, social, organizacional e saúde.

Chiattonne (2009) aponta que a Psicologia Hospitalar ao utilizar recursos técnicos e metodológicos de outras áreas da Psicologia produz dificuldades na definição da identidade do profissional nesse campo de atuação, pois “a inexistência de um paradigma claro que pudesse definir estratégias levou-o a buscar alternativas na tarefa muitas vezes distanciadas das necessidades dos pacientes e da instituição” (CHIATTONE, 2009, p. 75).

Para Yamamoto e Oliveira Cunha (1998) uma característica marcante do psicólogo no hospital é a busca da definição do seu espaço e funções.

De uma certa forma, as descrições sobre as ações do psicólogo no âmbito hospitalar lembram aquelas iniciais sobre o psicólogo na escola (malgrado o fato de que esta realidade ainda persista em muitos locais): uma espécie de profissional polivalente, de prontidão para atuar quando e onde se fizer necessário (YAMAMOTO E OLIVEIRA CUNHA, 1998, n.p).

Wallig e Souza Filho (2007) trazem à tona a discussão referente à definição do campo da psicologia hospitalar. Para os autores “A própria psicologia não conseguiu ainda estabelecer um paradigma científico do contexto hospitalar, o que gera ambiguidade, confusão e profusão de papéis profissionais” (Wallig e Souza Filho, 2007, p. 57).

A pluralidade evidenciada no exercício profissional no hospital reflete a própria criação da psicologia como ciência independente. Chiatonne (2009) citando autores como Figueiredo (1986, 1991, 1992, 1993, 1995); Japiassu (1995); Giannotti (1995); Penna (1997) e Mancebo (1997), afirma que a psicologia se encontraria em fase “pré- paradigmática”, na qual não há consenso sobre questões teóricas e metodológicas, permanecendo o conhecimento especializado, no qual cada grupo adere à sua própria orientação.

Um aspecto incômodo, mas de absoluta pertinência ao momentum que a psicologia passa (enquanto sua história e tempo de inserção no campo das ciências, e em particular enquanto sua específica inserção nas ciências da Saúde) deve ser abordado: Nós ainda não possuímos o que poderíamos chamar de Identidade Profissional. Estamos ainda engatinhando, nestes anos de profissão reconhecida legalmente, em direção a um rascunho dessa Identidade (CHIATTONE; SEBASTIANI, 2002, p. 17).

Para Chiatonne (2009) é importante refletir quanto a esses aspectos, pois essas discussões podem minimizar as lacunas teóricas na atuação do psicólogo no hospital e fortalecer de modo gradual a identidade do profissional.

Codo, Sampaio e Hitomi (1994) afirmam que há “Psicologias” com suas áreas, linhas e abordagens teóricas. Há unidade entre elas em relação ao objeto e o seu desafio é construir uma ciência do indivíduo, mas uma ciência que leve em consideração as singularidades e particularidades do sujeito e suas determinações sócio históricas.

Uma coisa parece certa: se queremos avaliar a situação real da Psicologia contemporânea, não podemos ignorar a existência de uma fragmentação de seu domínio de investigação [...] Quer do ponto de vista de seus métodos, quer do ponto de vista de seu objeto, não pode ser considerada uma disciplina una nem tampouco unificada (JAPIASSU, 1995, p. 22).

Segundo Chiatonne (2009), a Psicologia hospitalar herda essa multiplicidade de metodologias e objetos de estudos, que pode ser observada nos relatos das práticas dos psicólogos no contexto hospitalar. As consequências dessa pluralidade são preocupantes, segundo a autora, pois muitos psicólogos no exercício hospitalar podem perder seus objetivos.

Chiattonne (2009) observa que seria difícil uma “certa harmonia teórica”, uma vez que a própria Psicologia não se constitui um campo estruturado de conhecimentos, como nas ciências naturais.

Nesse sentido, a autora destaca que é fundamental que o Psicólogo Hospitalar possua atributos próprios, específicos e adequados à realidade hospital, tendo embasamento teórico-prático para a atuação. O exercício de uma “subpsicologia” está relacionada a entrada do profissional sem formação específica, a existência de modelos diferentes dentro do mesmo local (modelo biomédico e modelo biopsicossocial), a ausência de objetivos claros e correntes na tarefa por parte dos psicólogos e do hospital e a falta de crítica em relação a essas questões. Além disso, o psicólogo encontra resistência no espaço hospitalar, que valoriza o modelo biomédico de atenção somente aos aspectos orgânicos das doenças e do físico dos doentes.

Para Angerami-Camon (2004) a aceitação do psicólogo em um setor está relacionada a existência de uma equipe multidisciplinar que se reúna de forma sistemática para discutir casos e que valorize os aspectos emocionais do paciente. É necessário valorizar o atendimento global ao paciente, sem risco de fragmentá-lo física ou emocionalmente.

A atuação em equipe é importante desafio para o desenvolvimento da Psicologia Hospitalar, pois traz novos desafios e exige competências e habilidades para o trabalho em grupo e para a compreensão clara e objetiva de métodos e técnicas pertencentes à cada especialidade (ROSA, 2005; YAMAMOTO e OLIVEIRA CUNHA, 1998).

Um dos fatores que dificulta o trabalho em equipe é a falta de clareza quanto às funções dos diferentes profissionais, principalmente em profissões emergentes como a Psicologia (ROSA, 2005; ROMANO, 1999).

Em uma pesquisa exploratória intitulada “A psicologia hospitalar segundo médicos e psicólogos: um estudo psicossocial” realizada por Wallig e Souza Filho (2007) entre médicos não psiquiatras acerca do que conhecem da psicologia e da atuação do psicólogo hospitalar, observou-se que os médicos não conseguem definir claramente o que é a psicologia, identificando-a como o estudo da mente e do comportamento. Os participantes consideraram a psicologia relacionada a uma função assistencialista, capaz de melhorar e mudar o ser humano e as relações

interpessoais. A prática clínica foi mencionada como principal papel do psicólogo hospitalar.

Rosa (2005), em um estudo intitulado “Competências e habilidades em psicologia hospitalar”, verificou que os profissionais da Enfermagem entendiam que as funções do psicólogo seriam os atendimentos a pacientes e familiares hospitalizados, trabalhar a aceitação da doença e a adesão ao tratamento com pacientes crônicos; preparação para a cirurgia e alta hospitalar; trabalhar fantasias e sentimentos de culpa de pais que têm filhos com anomalia; oferecer apoio aos familiares e facilitar o processo de luto dos familiares que enfrentam situações de óbito.

É responsabilidade do psicólogo conquistar o hospital como campo de atuação profissional, de acordo com Angerami-Camon (2004). Esse trabalho em equipe deve ocorrer em vários níveis: discussão de casos, provendo os aspectos emocionais envolvidos que permitam uma visão mais abrangente do paciente; discussão de atitudes, atuando no sentido de refletir a respeito da relação médico-paciente, bem como os processos inerentes ao processo de hospitalização; grupos de estudo, objetivando melhorar a compreensão das condições físicas e emocionais do paciente.

Ainda no mesmo estudo realizado por Rosa (2005) com psicólogas hospitalares, verificou-se que as profissionais consideraram o trabalho em equipe como fundamental para a realização das atividades. De acordo com a autora, é preciso ter clareza em relação aos benefícios obtidos com a intervenção psicológica para que o serviço passe a ser solicitado. Nessa perspectiva, o trabalho tende a ser aceito e valorizado por profissionais que reconhecem a interferência de aspectos emocionais no quadro clínico de seus pacientes.

Nem sempre a equipe de saúde pode estar aberta ao trabalho do psicólogo. Em alguns momentos, o acompanhamento psicológico pode ser visto como desnecessário para aqueles pacientes que não apresentem comportamentos considerados não prioritários para o atendimento à saúde, ou ser considerado secundário por tratar-se de uma demanda subjetiva. Entretanto, os autores acreditam que a sua inserção pode alterar o entendimento da equipe quanto à atenção a saúde, afetando a dinâmica das atividades junto ao paciente e à família. Nas palavras de Fossi e Guareschi (2004, p. 37) “a inserção do psicólogo nos hospitais gerais pode, assim, também contradizer a ordem estabelecida de

normatividade da medicina que vê a cura somente pelo aspecto orgânico, físico ou biológico”.

Almeida (2000) explica que o trabalho em equipe diz respeito ao diálogo estabelecido entre diferentes áreas do conhecimento que se complementam nas interfaces, questionando a hegemonia do saber médico por meio da interlocução dos saberes.

O prontuário é um exemplo do processo de comunicação entre os profissionais da equipe de saúde e faz parte do processo de comunicação entre eles. Alguns profissionais das equipes de saúde se preocupam em manter uma unidade de informações aos usuários, na tentativa de “transmitir uma imagem homogênea do entendimento que a equipe multidisciplinar possui sobre o estado de saúde do paciente” (FOSSI E GUARESCHI, 2004, p. 39).

Este exercício da formalização e registro das rotinas parece favorecer a evolução das atividades futuras, pois o processo de redação desses documentos se converte numa oportunidade de autoanálise crítica das atividades. Ao mesmo tempo em que presta a uma análise retrospectiva da trajetória do trabalho (SILVEIRA, 2010, p.49).

Silveira (2010) lembra que no prontuário devem constar todas as informações relativas ao paciente hospitalizado. A autora reforça que o seu preenchimento é obrigatório por todos os profissionais, segundo a Resolução 1331/89 do CFM (Conselho Federal de Medicina).

Para Fossi e Guareschi (2004) é impossível refletir a respeito do trabalho em equipe sem levar em consideração que o poder permeia, induz, forma saberes e produz discursos. Dessa forma, é preciso considerar que os médicos ocupam um lugar de prestígio e poder no âmbito hospitalar.

Os autores exemplificam o controle do saber-fazer quando o médico utiliza uma linguagem específica e técnica, dificultando o entendimento dos leigos (inclusive do psicólogo), evidenciando uma relação de poder, uma vez os pacientes frequentemente sentem-se inibidos frente à autoridade de um saber médico.

Outra particularidade importante levantada por Leite (1997) na atuação do psicólogo no hospital é a denominada situação “emergencial-circunstancial”, nas quais o profissional é chamado para resolver os momentos de crise para manter a ordem e a disciplina no ambiente.

Silveira (2010) recomenda a noção de “proatividade” no contexto hospitalar em detrimento a uma prática reativa, muito comum quando o psicólogo ainda não

consegue delimitar seu campo de atuação por conta da inexperiência e falta de qualificação e atende demandas diversificadas que se apresentam geralmente de modo desorganizado.

Diante disso, gera-se um profissional caricato que adota a “posição reativa como a de um bombeiro chamado para apagar o incêndio” (SILVEIRA, 2010, p. 39). Para a autora, esse modo de atuar produz gasto de energia do psicólogo que, mesmo resolvendo as situações de crise, não contribui para a identificação clara das necessidades hospitalares, da equipe e dos pacientes, e que leve em consideração inclusive os seus próprios limites.

Silveira (2010) ressalta que é comum o hospital considerar o trabalho do psicólogo semelhante ao do médico e ao do enfermeiro, ou seja, espera-se que ele atenda prontamente os casos que são considerados mais urgentes.

Para a autora, é necessário que se reconheça os limites da prática assistencial, a partir das condições de atendimento da equipe de acordo com a sua estrutura, isto é, o número de profissionais. A tentativa de atender todas as demandas pode esconder a necessidade de contratação de outros psicólogos e também tamponar a posição de impotência do profissional diante dos limites que a realidade impõe.

2.4 TRABALHADORES DA SAÚDE: ALGUMAS PESQUISAS REALIZADAS NO BRASIL

O sofrimento psíquico vivenciado pelos trabalhadores de um hospital público de doenças infecciosas, endêmicas e epidêmicas do Estado do Pará foi observado em pesquisa realizada por Oliveira e Moreira (2006). Os fatores de sofrimento estavam ligados ao medo da contaminação, impossibilidade de controle e imprevisibilidades próprias desta atividade e a impotência diante da morte e da doença.

Além da relação que se estabelece com os pacientes, outros fatores foram referidos como associados ao sofrimento dos (as) trabalhadores (as) de saúde: o trabalho noturno, a dupla jornada, os baixos salários que introduzem a prática do multiemprego (OLIVEIRA e MOREIRA, 2006, p. 62-63).

Oliveira e Moreira (2006) observaram que os trabalhadores que ficam mais tempo nas enfermarias com os pacientes referiram maior impotência e sofrimento

frente às exigências do trabalho. Notaram também que os médicos assimilam de forma peculiar essas vivências.

A impotência diante de doenças com alta letalidade e a falta de condições de trabalho, em especial de meio de diagnósticos eficazes, estão entre os fatores que influenciam no sofrimento destes (as) trabalhadores (as) (OLIVEIRA E MOREIRA, 2006, p. 62).

Em uma investigação intitulada “Avaliação da capacidade para o trabalho e fadiga entre trabalhadores de enfermagem em um hospital de urgência e emergência na Amazônia Ocidental” realizada por Vasconcelos (2009) com duzentas e setenta e dois (272) trabalhadores de enfermagem encontrou-se os seguintes resultados: 69,5% não praticavam exercícios físicos regularmente, 16% eram tabagistas e 15,4% faziam uso de álcool pelo menos uma vez por semana. A amostra foi composta majoritariamente por técnicos de enfermagem (50,3%) somando, em média, 63,6 horas de carga horária semanal. As morbidades diagnosticadas por um médico foram: doenças musculoesqueléticas (37,1%), doenças no aparelho digestivo (28,7%) e transtornos mentais (28,3%). A diminuição da capacidade para o trabalho estava relacionada a variáveis como outro vínculo empregatício, número de funcionários incipiente e tarefas repetitivas e monótonas.

Os resultados de uma pesquisa intitulada “A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola” realizada por Elias e Navarro (2006) com profissionais de enfermagem do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (UFMG) apontaram problemas de saúde física e mental em função principalmente do estresse e do desgaste gerado pelas condições laborais, com impactos na vida pessoal. Além do mais, os dados revelaram a ausência de cuidado com a própria saúde pelas enfermeiras.

No estudo “Condições de trabalho e saúde dos médicos em Salvador, Brasil” com o objetivo de descrever as condições de trabalho e de saúde de trezentos e cinquenta (350) médicos da cidade de Salvador – Bahia - realizada por Nascimento Sobrinho et al (2006) foram encontrados os seguintes dados: elevada sobrecarga de trabalho, excesso de trabalho em regime de plantão, múltiplas inserções, contratação precária sob a forma de remuneração por procedimento e baixa remuneração. 45,2% dos médicos possuem consultório particular, mas apenas 1,5% exercia exclusivamente esta atividade. O uso de bebida alcoólica foi mencionado por 48,6% da amostra. A postura corporal e à saúde mental foram queixas frequentes.

Contudo, “as repercussões sobre a saúde dos trabalhadores médicos, reconhecidamente expostos a fatores estressantes e ansiogênicos, ainda são pouco conhecidas (NASCIMENTO SOBRINHO et al, 2006, p. 101).

Na pesquisa “Prazer e sofrimento de psicólogos no trabalho em empresas privadas” realizada com dez psicólogas de uma empresa privada por Silva (2005), observou-se que as vivências de prazer estavam ligadas à realização de um trabalho considerado “apaixonante” (fazer o que gosta), dinâmico, diversificado e focado em resultados objetivos, a possibilidade de ver o desenvolvimento das pessoas, o reconhecimento do trabalho e a autonomia para atuar conforme acreditam. O sofrimento estava relacionado à carga excessiva de trabalho, conflitos entre os valores da empresa e os pessoais, restrições da organização, a falta de reconhecimento e a categoria profissional desprovida de força. O estudo não investigou as estratégias defensivas do ego.

A pesquisa “O trabalho do psicólogo na área organizacional em Manaus: uma análise psicodinâmica” realizada por Cavalcante (2009) cujo objetivo era analisar os processos psicodinâmicos mobilizados pelo trabalho de vinte psicólogos da área de Psicologia Organizacional e do Trabalho na cidade de Manaus, concluiu que o prazer no trabalho decorreu, sobretudo, da dinâmica do reconhecimento e da satisfação em atuar em uma área em que têm afinidade. As vivências de sofrimento estavam relacionadas, em sua maioria, à sobrecarga de trabalho e à limitação de atuação no papel de psicólogo, imposta pela organização. As estratégias coletivas de defesas identificadas foram a racionalização articulada à negação de sofrimento e o conformismo.

Uma pesquisa com trinta e dois (32) trabalhadores da área da saúde realizada por Monteiro (2010) em um hospital público da região do Vale do Rio dos Sinos, no Rio Grande do Sul, utilizou entrevista semiestruturada, priorizando a escuta do trabalhador. Como fontes de sofrimento, evidenciou-se o estresse e a tensão no ambiente hospitalar, acompanhar o sofrimento de pacientes e familiares e a perda de pacientes. Como estratégias de mediação observou-se o distanciamento emocional e a impessoalidade no contato com pacientes e familiares.

Diante da organização do trabalho no hospital, das particularidades próprias do ambiente - de sofrimento, dor, morte e o encontro com os seus próprios limites—, da pluralidade da Psicologia enquanto ciência e, portanto da Psicologia Hospitalar, do tipo de formação acadêmica recebida, do distanciamento da Psicologia com a

realidade social, da valorização do modelo biomédico em detrimento de um atendimento global à saúde e das dificuldades relativas às condições de trabalho e ao trabalho em equipe com impactos na saúde desses trabalhadores, evidencia-se a importância da presente pesquisa na investigação dos fatores de prazer e sofrimento dos psicólogos em um hospital público da Região Norte.

3- ASPECTOS PSICODINÂMICOS DO TRABALHO

O aporte teórico que fundamenta a presente dissertação é a Psicodinâmica do Trabalho preconizada por Christophe Dejours e difundida no Brasil por pesquisadores como a prof^aDr^a Ana Magnólia Mendes – coordenadora do Laboratório de Psicodinâmica e Clínica do Trabalho (LPCT) – do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília (UNB), prof. Dr. Álvaro Roberto Crespo Merlo, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e prof^a Dr^a. Selma Lancman, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP).

Contudo, é importante ressaltar que o campo das clínicas do trabalho abrange a PDT - numa perspectiva da tradição psicanalítica - e a clínica da atividade, de Yves Clot, numa perspectiva da Psicologia Sócio-Histórica de Vigotski e Leontiev. Embora partam de pressupostos distintos, ambas têm como foco a investigação e a compreensão da relação entre o trabalho e subjetividade. Quanto ao termo “clínica do trabalho”, Clot (2006b, p. 101) explica:

Clínica do trabalho porque é uma ideia de que é uma disciplina clínica, no sentido médico: tem como objeto uma doença nas situações reais de trabalho. Baseia-se na ideia de que a psicologia do trabalho vai partir do campo (da realidade de trabalho) e voltar ao campo. É uma ideia de que não há psicologia do trabalho sem transformação da situação de trabalho (CLOT, 2006b, p. 101).

A partir disso, este capítulo tem a seguinte estrutura: primeiro alguns fundamentos da clínica da atividade serão expostos, uma vez que podem ajudar na compreensão dos aspectos humanos e subjetivos relacionados à pesquisa, principalmente no que concerne aos conceitos de trabalho e sofrimento. Em seguida, a teoria de Dejours será contextualizada e seus fundamentos serão abordados, uma vez que se constitui o sustentáculo primordial da investigação com os psicólogos do HRN.

A escolha por esse referencial teórico está relacionada à identificação desde a formação em Psicologia, à atuação no CEREST e as experiências observadas no percurso profissional da pesquisadora. Além disso, essa teoria constitui-se como uma possibilidade de romper com visões reducionistas que culpabilizam apenas o indivíduo pelas consequências do trabalho sobre sua saúde, pois as pesquisas em PDT têm evidenciado os fatores na organização do trabalho como os principais responsáveis pelo sofrimento laboral.

3.1 CLÍNICAS DO TRABALHO

O campo da clínica do trabalho abrange a psicodinâmica do trabalho (PDT) e a clínica da atividade.

A clínica da atividade origina-se a partir de 1990, tem como principal representante Yves Clot e Daniel Fajta e caracteriza-se por definir “a atividade de trabalho como fonte permanente de recriação de novas formas de viver” (SILVA, BARROS e LOUZADA, 2011, p. 188). O Centro de Pesquisa em Trabalho e Desenvolvimento é dirigido por Yves Clot, autor do livro “A função psicológica do trabalho” (CLOT, 2006a), uma referência muito conhecida na área.

Nesse livro, Clot (2006a) reafirma a centralidade do trabalho, contrariando a ideia do fim do trabalho que permeia certas correntes filosóficas-sociológicas. Nesse sentido, o trabalho continua a exercer sua função psicológica, que não pode ser realizada por outra atividade. Para o autor, o papel do trabalho é a construção da identidade e da saúde, pois é onde “[...] se desenrola para o sujeito a experiência dolorosa e decisiva do real, entendido como aquilo que – na organização do trabalho e na tarefa – resiste à sua capacidade, às suas competências, ao seu controle” (CLOT, 2006a, p. 59).

O real da atividade é também aquilo que não se faz, aquilo que não se pôde fazer, aquilo que se busca fazer sem conseguir – os fracassos –, aquilo que se teria querido ou podido fazer, aquilo que se pensa ou que se sonha poder fazer alhures. É preciso acrescentar a isso – o que é um paradoxo frequente – aquilo que se faz para não fazer aquilo que se tem a fazer ou ainda aquilo que se faz sem querer fazer. Sem contar, aquilo que se tem de refazer (CLOT, 2006a, p. 116).

Para ele, o trabalho requer “[...] a capacidade de realizar coisas úteis, de estabelecer e manter engajamentos, de prever com outros e para outros algo que não tem diretamente vínculo consigo” (CLOT, 2006a, p. 73).

Clot (2006b) afirma que o afastamento do sujeito do trabalho gera a perda do sentimento de utilidade pessoal.

Para mim, a atividade é contribuir para uma história que não é minha e criar entre as coisas uma relação que não foi construída. A atividade não é operação (gesto visível, detalhe etc.), mas sim o que é feito e o que ainda não foi feito. O sonho é parte da atividade. Inclui o que eu fiz e o que eu não fiz. O que eu não fiz, paradoxalmente, faz parte da atividade (CLOT, 2006b, p.105).

Para a Clínica da atividade, o sofrimento é uma atividade contrariada, é amputação do poder de agir sobre as situações do trabalho (CLOT, 2001). A definição de sujeito baseia-se na Psicologia Sócio - Histórica, entendendo-o como

um sujeito de ação, que cria contextos e não é passivo à realidade em que está inserido.

Para Clot (2001), trabalhar atualmente significa ter que assumir responsabilidade sem ter autonomia na definição do trabalho. Isso se evidencia principalmente na área de serviços, como atendimento ao cliente público ou privado, os setores da saúde, assistência social e educação. Comumente, o trabalhador vivencia sentimentos de ambivalência que vão da impotência, ressentimento e melancolia à euforia profissional, formando um quadro clínico confuso, na qual o investimento psicológico ao serviço prestado é derrotado pela organização. O teórico explica que a amputação daquele que trabalha muitas vezes é produzida pela própria organização, pois não disponibiliza os recursos para o trabalhador realizar sua atividade. Quando não faz mais sentido, o trabalho não realiza mais sua função psicológica para o sujeito, no que diz respeito à produtor de saúde e bem-estar.

Bendassolli (2011) comentando o livro *“Le travail à coeur”*, escrito por Yves Clot em 2010, ensina que há vários motivos que tornam a atividade impedida. A primeira delas diz respeito à impossibilidade dos trabalhadores não poderem dialogar sobre os critérios de qualidade do trabalho, uma vez que discutir sobre o que se considera um trabalho bem realizado é uma condição importante para a saúde no trabalho, considerado como um operador do desenvolvimento psicológico.

A impossibilidade de discutir tal qualidade produz um sentimento de insignificância nos sujeitos, pois há uma ruptura, na atividade, entre as preocupações dos sujeitos (seus planos, desejos, aspirações) e aquilo que são obrigados a realizar, uma atividade prescrita pela organização, vazia de significado. [...] Em outras palavras, a impossibilidade de realizar um trabalho bem feito, ou de discutir/debater acerca dos critérios envolvidos na qualidade do que se faz, impede as pessoas de se reconhecerem no próprio trabalho, tornando-as estranhas para si mesmas e gerando o que o autor denomina de “ativismo sem obra”, uma atividade vazia. (BENDASSOLLI, 2011, p. 82).

O segundo motivo que torna a atividade impedida é quando a organização do trabalho não oferece os recursos para que os sujeitos consigam realizá-la conforme sua aspiração. Bendassolli (2011) baseando-se em Clot (2010), explica que geralmente a organização não proporciona tais recursos, atrapalhando a realização da atividade. Outro fator que impede a atividade refere-se à desarticulação e fragmentação dos coletivos de trabalho, isolando os indivíduos.

O que faz sofrer e adoecer, insiste Clot, é a atividade impedida, o fato de o sujeito desejar trabalhar malgrado tudo, e não poder. É o sujeito da ação que adoecer no trabalho, sujeito impedido de “passar ao ato”, de agir, de

transformar o objeto da atividade conforme suas pré-ocupações, ou seja, desejos, objetivos, motivos (BENDASSOLLI, 2011, p. 84).

Quanto à Psicodinâmica do Trabalho (PDT) suas raízes encontram-se na psicopatologia do trabalho, baseia-se na doutrina da Psicanálise e é o referencial teórico que fundamentou a presente pesquisa com os psicólogos de um Hospital da Região Norte.

Cada uma das teorias parte de conceitos específicos tanto de subjetividade como de trabalho, assim como propõe formas específicas de compreender e de apreender as situações de trabalho e os processos de subjetivação. Por exemplo, a compreensão de subjetividade para a Psicodinâmica do Trabalho tem fundamento na Psicanálise. Por outro lado, a clínica da atividade entende o desenvolvimento dos sujeitos tomando por referência a teoria de Vygotski, Leontiev e Bakhtin (BENDASSOLLI; SOBOLL, 2011, p.9).

Vê-se assim que apesar do objeto de estudo em comum, a PDT e a clínica da atividade apresentam diferenças metodológicas, epistemológicas e teóricas importantes que dificultam reuni-las em uma pesquisa ou no momento da análise dos dados de uma situação de trabalho (BENDASSOLLI; SOBOLL, 2011).

Quanto às diferenças entre elas, destaca-se o conceito de reconhecimento, que diferentemente da PDT não se refere ao olhar do outro, mas à capacidade e possibilidade do sujeito em reconhecer a si mesmo na atividade.

A questão do reconhecimento tem um status um pouco particular. [...] Ele é menos o reconhecimento do outro, que a psicodinâmica do trabalho colocou no centro de suas investigações, que é a possibilidade que tem os trabalhadores de se reconhecer no que fazem, isto é, em alguma coisa. Entendo por isso a inscrição em uma história que não é apenas a história dos sujeitos concernidos, mas a história de um ofício (*"métier"*) que não pertence a ninguém em particular, mas pela qual todos, no entanto, se sentem responsáveis. Em clínica da atividade não há unicamente destinatários no envolvimento subjetivo, sejam eles pares ou chefes (CLOT, 2011, p.73).

A questão do sofrimento também é compreendida por uma via diferente da psicodinâmica, pois ele "emerge de uma atividade impedida, de um desenvolvimento impedido, de uma perda do poder de agir. Esse enfoque repousa sobre uma redefinição da atividade que não se reduz ao que se faz nela" (LHUILIER, 2011. p. 44).

Contudo, estudando essas teorias, é possível observar alguns pontos de convergência que poderão auxiliar na dissertação, tais como o entendimento sobre o trabalho-atividade como construtor de subjetividade, o interesse pelo "poder de agir" dos sujeitos no trabalho, permitindo que se apropriem de sua atividade, em termos reflexivos (pensar sobre) e em termos mais práticos, como na elaboração de ações

pelos coletivos do trabalho no enfrentamento das dificuldades encontradas (BENDASSOLLI; SOBOLL, 2011).

O segundo ponto em comum das clínicas do trabalho refere-se ao conceito de real e prescrito, fruto das contribuições da Ergonomia. O terceiro aspecto refere-se à noção do sujeito, não como uma máquina (como nas psicologias cognitivas), mas ativo na construção de si na relação com o outro (BENDASSOLLI; SOBOLL, 2011).

Outra questão convergente apontado por Bendassolli e Soboll (2011) é a discussão sobre a vulnerabilização do sujeito e dos coletivos, evidenciada pelo processo de individualização e enfraquecimento dos grupos e a consequente perda de referenciais compartilhados. As diversas manifestações do mal estar no trabalho, abrangendo as doenças físicas e transtornos mentais indicam essa vulnerabilidade dos trabalhadores.

3.2- CONTEXTUALIZAÇÃO DA TEORIA DEJOURIANA

As origens da Psicodinâmica do Trabalho remontam à década de 50 a partir das primeiras observações sistemáticas de Le Guillant (1984 apud MERLO, 2002), que buscava estabelecer relações entre o trabalho e Psicopatologia. Seu estudo mais citado foi elaborado em 1956 sobre a atividade de telefonistas em Paris, por meio do qual diagnosticou uma síndrome caracterizada por um quadro polimórfico que incluía alterações de humor e de caráter, modificações do sono e manifestações somáticas variáveis - angústia, palpitações, sensações de aperto torácico, dentre outros, tendo o nomeado como Síndrome Geral de Fadiga Nervosa (MERLO, 2002).

Em 1980, Christophe Dejours inovou o estudo dos impactos da organização do trabalho sobre o aparelho psíquico com a publicação na França de *Travail: usure mentale. Essai de psychopathologie du travail*. A sua tradução no Brasil sob o nome de “A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho”, de 1987, é entendido como o momento inaugural da disciplina e a repercussão deste trabalho foi considerada positiva, uma vez que se tornou referência para quase todos os pesquisadores que atuavam na área.

O interessante é que o título original desse livro não faz referência à psicopatologia. O autor o nomeou “*Travail, usure mentale*”, que poderia ser traduzido por ‘Trabalho, desgaste mental’. Andrade (2009) indaga porque a tradução brasileira

não foi fiel ao título original francês e, além disso, por que utiliza sinais de pontuação diferentes da edição francesa. A diferença entre o original e a tradução é significativa, pois o “título brasileiro” com o uso dos dois pontos direciona o leitor a compreender o trabalho como algo enlouquecedor, com enfoque na psicopatologia do trabalho, enquanto a proposta da teoria é o estudo sobre a saúde. Outro fato que chama a atenção é a palavra “loucura” ao invés de desgaste mental, dois significados bem distintos, pois enquanto a primeira pode ser referir a uma psicopatologia, a segunda indica cansaço ou esgotamento.

Quanto ao conceito de trabalho para a teoria dejouriana:

O trabalho é uma atividade que [...] exige o funcionamento do corpo todo no exercício de uma inteligência que se desdobra para enfrentar o que ainda não está dado pela organização (prescrita) do trabalho. Deve suplantar o que não foi previsto, as insuficiências e as contradições das instruções dos modos operários prescritos e dos sistemas técnicos (LANCMAN e SZNELWAR, 2008, p. 132).

Merlo (2002) aponta que a discussão e a abordagem apresentadas nesse livro abriram caminhos para repensar as consequências do trabalho – em especial pela forma como ele está organizado – sobre a saúde psíquica dos trabalhadores, mesclando categorias da psicologia, psicanálise, sociologia do trabalho e da ergonomia para pensar a inter-relação entre o trabalho e (des) equilíbrio psíquico dos trabalhadores.

Dois conceitos importantes precisam ser esclarecidos para melhor compreensão da psicodinâmica do trabalho: organização e condições do trabalho. A primeira diz respeito à divisão do trabalho, o conteúdo da tarefa, as relações hierárquicas e entre os pares, as relações de poder e são esses fatores que podem gerar sofrimento no trabalhador. As condições de trabalho abrangem o ambiente físico (temperatura, pressão, barulho etc.), ambiente químico (vapores, gases tóxicos, poeiras, fumaças), aspecto biológico (vírus, bactérias, parasitas, fungos), as condições de higiene e segurança (DEJOURS, 1992).

Utilizando as ideias da Sociologia do trabalho, a teoria dejouriana enfatiza a introdução do parcelamento das tarefas, a separação entre concepção e execução, introduzida pelos modelos taylorista e fordista e, mais recentemente, as mudanças promovidas pela implementação dos modelos ditos “flexíveis”, que passaram a demandar um trabalhador mais engajado, apto a realizar diversas operações e pressionado pelos processos produtivos (MERLO e LAPIS, 2007).

Um importante ponto a ser destacado como característica da teoria são os conceitos ergonômicos de trabalho prescrito e de trabalho real. O trabalho prescrito é definido pela ergonomia como “um conjunto de condições e exigências a partir das quais o trabalho deverá ser realizado” (ALVAREZ; TELLES, 2004, p. 67), ou seja, incluindo tanto as condições dadas para a realização de um trabalho (ambiente físico, matéria-prima, condições socioeconômicas), como as prescrições propriamente ditas (normas, ordens, resultados exigidos). O trabalho real corresponde às atividades que o trabalhador realiza, estejam elas prescritas ou não.

A tarefa é o que deveria ser feito segundo as especificações dadas. A atividade é o que se faz realmente. Entre a tarefa e a atividade há, assim, um ajuste, que leva a uma redefinição dos objetivos inicialmente fixados. Este reajustamento, bem como os requisitos físicos e psíquicos, compõe uma parte enigmática do trabalho, aquela que fica irredutivelmente ao cargo dos operadores. Para enfrentar a realidade do trabalho, é necessário mobilizar uma forma de inteligência que convoca o corpo todo – inteligência do corpo – e não apenas o funcionamento cognitivo (LANCMAN e SZNELWAR, 2008, p. 132).

Vê-se assim que o trabalhador reajusta a distância existente entre o trabalho prescrito e o trabalho real, pois dificilmente as prescrições e rotinas de trabalho são executadas tais como são prescritas, e, uma vez ocorrendo, nada garantiria que os resultados seriam os esperados (PITTA, 1994). É justamente essa possibilidade de diálogo entre o prescrito e o real que permite a utilização por parte do empregado, da iniciativa, da capacidade criativa e inventiva e da inteligência (LANCMAN e SZNELWAR, 2008).

Dejours, Abdoucheli e Jayet (2009) consideram a relação existente entre a organização real e a prescrita do trabalho como conflitiva: o sujeito opõe-se, invariavelmente, à segunda, uma vez que a Ergonomia demonstrou que esse trabalho prescrito jamais corresponde ao trabalho real, pois ao realizar uma tarefa, o trabalhador se depara com diversas fontes de variabilidade, desde as mais técnicas até as mais subjetivas. A saúde e o prazer no trabalho estão, dentro dessa abordagem, na possibilidade dos sujeitos negociarem com a organização prescrita do trabalho, mobilizando sua capacidade criativa.

É a partir do desafio colocado pelo trabalho que o sujeito pode acrescentar algo de inédito ao trabalho, algo de sua autoria, por intermédio de sua ação singular sobre a tarefa e sobre as rotinas estabelecidas pela organização prescrita.

Para lidar com as prescrições do trabalho, o sujeito pode lançar mão do “quebra galho”, não entendida como transgressão à lei nem fraude, mas como “um

dos mecanismos fundamentais de regulação e negociação da organização prescrita do trabalho” (DEJOURS e JAYET, 2009, p. 101). Contudo, o quebra-galho implica riscos e pode ser fonte de mal entendido. Para Dejours e Jayet (2009) o trabalhador precisa se respaldar solicitando autorização.

O quebra-galhos leva a uma situação paradoxal, pois, se por um lado, o trabalhador corre o risco de ser punido, por outro se não o utiliza, pode ser acusado de falta de iniciativa. O quebra-galhos possibilita a utilização da inteligência astuciosa que pode produzir prazer se o trabalhador atingir os objetivos estabelecidos no trabalho (DEJOURS e JAYET, 2009).

Para pôr em andamento a inteligência astuciosa, é preciso reunir condições psicológicas singulares, como a curiosidade pela técnica ou pelo conhecimento, e condições sociais: o reconhecimento (DEJOURS e JAYET, 2009).

O reconhecimento é a condição indispensável no processo de mobilização subjetiva da inteligência e da personalidade no trabalho. Quando há reconhecimento, também os esforços, as angústias, as dúvidas, as decepções e desânimo adquirem sentido. O sofrimento não foi em vão.

A falta dessa retribuição simbólica acarreta prejuízos ao trabalhador, pois impede que o sofrimento seja transformado em prazer. Esse acúmulo de tensão pode produzir descompensação psíquica ou somática, que supõe uma crise de identidade (LANCMAN e SZNELWAR, 2008).

Merlo (2002) aponta que o taylorismo é um obstáculo à conquista da identidade no trabalho, pois além de desapropriar o saber, limita a liberdade de organização, de reorganização e de adaptação ao trabalho.

Ao separar, radicalmente, o trabalho intelectual do trabalho manual, o sistema Taylor neutraliza a atividade mental dos operários. Deste modo, não é o aparelho psíquico que aparece como primeira vítima do sistema, mas, sobretudo o corpo dócil e disciplinado, entregue, sem obstáculos, à injunção da organização do trabalho, ao engenheiro de produção e à direção hierarquizada do comando. Corpo sem defesa, corpo explorado, corpo fragilizado pela privação de seu protetor, que é o aparelho mental. Corpo doente, portanto, ou que corre o risco de tornar-se doente (DEJOURS, 1992, p. 19).

Quanto à identidade, Lancman e Sznelwar (2008) esclarece que sua constituição é um processo ao longo da vida, vinculando-se à noção de alteridade. O olhar do outro permite a formação do sujeito, sendo na relação com o outro que o sujeito se reconhece semelhante e diferente. Dessa forma, são as relações cotidianas que permitem a construção da identidade social e individual, por meio de

trocas materiais e afetivas, possibilitando o desenvolvimento da singularidade do sujeito. A identidade se constrói em um “jogo de igualdades e semelhanças entre o eu e o outro” (CODO, 1996, p. 43).

Dessa forma, por ocupar o maior tempo na vida de um adulto, o trabalho se torna um lugar privilegiado por essas trocas, como um mediador central da construção, do desenvolvimento, da complementação da identidade e da constituição da vida psíquica, possibilitando o confronto entre o mundo externo e interno do sujeito, entre o mundo objetivo (com suas lógicas, seus desafios, regras e valores) e a singularidade de cada um. No entanto, pode ser um conflito entre a organização do trabalho e o mundo interno do trabalhador (LANCMAN; SZNELWAR, 2008).

Para Mendes (2007) a utilização do taylorismo pelas empresas do capitalismo moderno produz maior intensificação e maior precarização do trabalho e, sobretudo, sofrimento vivenciado pelos trabalhadores. O ritmo acelerado e o controle pelos superiores do cumprimento de procedimentos padrão existentes nessas empresas demonstram uma organização rígida, contribuindo para o desgaste, estresse e para a alta rotatividade de funcionários.

Dejours passou a direcionar seus estudos para a saúde, substituindo as pesquisas sobre as doenças pela investigação das estratégias dos trabalhadores diante do sofrimento e transtornos mentais decorrentes da atividade laboral (DEJOURS, 2007; MENDES, 2007). Dejours (1986) critica o conceito de saúde proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS), explicando que esse estado de bem-estar completo físico, mental e social é vago e de difícil definição. Além disso, esse perfeito e completo bem-estar não existe.

Para o teórico, a saúde está relacionada à possibilidade do ser humano realizar suas ações e viver pautando-se pela esperança e desejo. O perigo existe quando o desejo não é mais possível (DEJOURS, 1986).

Essa mudança de foco significou o rompimento com modelos que direcionavam os estudos e estratégias sobre a doença, compreendendo a saúde como produto de uma dinâmica humana em que as relações intersubjetivas ocupam um lugar central. É justamente essa mudança de foco, da patologia à saúde, que leva Dejours a propor a “psicodinâmica do trabalho” ao invés de “psicopatologia do trabalho”. Tendo a saúde como objeto de estudo, a psicodinâmica do trabalho amplia sua visão, abordando não somente o sofrimento, mas também o prazer das

atividades laborais, que corresponde em termos econômicos [...] à “descarga de energia psíquica que a tarefa autoriza” (DEJOURS, 2009a, p. 24).

A Psicodinâmica do Trabalho almeja possibilitar mudanças em processos potencialmente produtores de adoecimento, ao mesmo tempo em que pretende valorizar o saber e a experiência do trabalhador, entendendo-o como sujeito ativo do processo saúde-doença e não, simplesmente, como objeto de atenção à saúde (MINAYO-GOMEZ; THEDIM- COSTA, 1997).

3.3- O PRAZER E O SOFRIMENTO NO TRABALHO

O objetivo da psicodinâmica do trabalho é compreender como os trabalhadores conseguem manter um relativo equilíbrio psíquico, mesmo estando submetidos a condições de trabalho inadequadas.

Para a teoria o trabalho pode ser fonte de prazer em decorrência do sofrimento criativo, pois o sofrimento nem sempre leva à doença e pode ser gerador de prazer (DEJOURS e ABDOUCHELI, 2009; MENDES, 2007).

O prazer emerge quando o trabalho cria identidade. Possibilita aprender sobre um fazer específico, criar, inovar e desenvolver novas formas para execução da tarefa, bem como são oferecidas condições de interagir com os outros, de socialização e transformação do trabalho. O trabalho, quando funciona como uma fonte de prazer (identidade, realização, reconhecimento e liberdade), permite que o trabalhador se torne sujeito da ação (MENDES, 2007, p. 51).

O prazer, assim como o trabalho humano, é mediado, preenchido de significados. Para Codo (1996) ações como comer, beber e a sexualidade são exemplos que demonstram que cada um destes prazeres pode assumir diversos significados – de prazer e sofrimento.

O sofrimento começa quando o trabalhador não consegue mais dialogar com a organização do trabalho e já utilizou todos os seus processos intelectuais, psicológicos, afetivos e de adaptação (DEJOURS, 1992). Pode ser percebida pela presença de sentimentos como medo, insatisfação, insegurança, estranhamento, desorientação, impotência diante das incertezas, alienação, vulnerabilidade, frustração, inquietação, angústia, depressão, tristeza, agressividade, impotência para promover mudança, desgaste, desestímulo, desânimo, sentimento de impotência, desgaste físico, emocional, desvalorização, culpa, tensão e raiva (MENDES e MORRONE, 2010).

Dejours e Abdoucheli (2009) assinalam dois tipos de sofrimentos produzidos no encontro do sujeito com o trabalho: patológico ou criativo. Quando a organização do trabalho torna-se rígida, dificultando ou barrando a expressão criativa e autonomia dos sujeitos, ou ainda, quando o reconhecimento não se faz presente, emerge o chamado sofrimento patológico. O medo ou o sentimento de impotência diante da situação e do trabalho em si, também são considerados patológicos. Como exemplo, temos os professores que frequentemente se queixam da falta de reconhecimento e a desvalorização por parte dos alunos, pais, da escola e da sociedade de uma forma geral. Tais profissionais ficam susceptíveis ao sofrimento patológico, pois está em jogo a fragilização de sua identidade, que é fundamental para o fortalecimento psíquico do sujeito e da produção de sua saúde mental.

Dejours (1992) explica que esse sentimento de desqualificação está ligado não apenas ao salário, mas, sobretudo à imagem de si produzida pelo olhar do outro. Para o teórico, a vivência depressiva abrange e amplia os sentimentos de indignidade, inutilidade e desqualificação. Posterior à depressão, advém o cansaço.

O sofrimento pode tornar-se criativo quando o trabalhador tem a liberdade para usar sua criatividade e subjetividade na realização das suas tarefas. Exemplifica-se que, apesar das dificuldades relativas ao contato diário com dor e morte dos pacientes, condições precárias de trabalho e baixos salários, a atividade de enfermagem possibilita vivências de prazer pela possibilidade de cuidado ao outro. Nesse caso, o sofrimento adquire um sentido, é compensatório, pois produz o prazer no trabalho através do atendimento às demandas do paciente e sua família, gerando a sensação de utilidade e cumprimento do dever assumido como enfermeiro.

Em sua obra “A banalização da Injustiça Social”, Dejours (2007) aponta as seguintes fontes de sofrimento: 1. Medo da incompetência; 2. A pressão para trabalhar mal; 3. Sem esperança de reconhecimento. Quanto ao primeiro, o teórico ressalta que, sejam quais foram as qualidades da organização do trabalho e da concepção, é impossível, nas situações comuns de trabalho, cumprir os objetivos da tarefa respeitando escrupulosamente as prescrições, as instruções e os procedimentos. Caso o sujeito se atenha a uma execução rigorosa trará prejuízos à produção. Nesse sentido, qualquer erro pode ser atribuído à falha humana.

A pressão para trabalhar mal é outra causa frequente de sofrimento no trabalho. Nesse caso, o trabalhador sabe o que deve fazer, mas os colegas criam

obstáculos, o ambiente social é ruim, cada qual trabalha por si, enquanto todos sonegam informações, prejudicando a cooperação.

A cooperação [...] trata [...] da vontade das pessoas de trabalharem juntas e de superarem coletivamente as contradições que surgem da própria natureza ou da essência da organização do trabalho. A cooperação realmente exige relações de confiança entre os indivíduos. Confiança entre os colegas, confiança nos subordinados e confiança nos chefes e nos dirigentes. [...] Sem confiança, teremos de enfrentar a desconfiança e a suspeita (LANCMAN e SZNELWAR, 2008, p. 69-70).

Outro fator que interfere na dinâmica do sofrimento é a falta de reconhecimento daqueles que se esforçam para fazer o melhor, investindo paixão e energia. Essa situação gera um sofrimento perigoso para a saúde mental em decorrência da desestabilização do referencial em que se apoia a identidade. O reconhecimento desempenha um importante papel no destino do sofrimento no trabalho e na possibilidade de transformá-lo em prazer (DEJOURS, 2007).

O reconhecimento ocorre por duas vias de julgamento: o julgamento de utilidade e o julgamento de “beleza”. O primeiro diz respeito à utilidade técnica, social ou econômica, dada à atividade desempenhada pelos trabalhadores. Este julgamento seria proferido por aqueles que, em relação ao sujeito, encontram-se numa posição hierárquica diferente, como chefes, gerentes, supervisores e, até mesmo, os subordinados. O julgamento da “beleza” é aquele efetuado pelos pares, ou seja, aqueles que estão situados na mesma faixa hierárquica, compartilham o mesmo ofício e conhecem o trabalho e suas regras (DEJOURS, 1992).

Os dois julgamentos têm em comum o fato de serem direcionados ao trabalho (ao fazer) e não à pessoa (ser). Em decorrência disso, o reconhecimento pode inscrever-se na esfera da personalidade, permitindo o ganho no registro da identidade, isto é “naquilo que torna este trabalhador um sujeito único, sem nenhum igual” (DEJOURS e ABDOUCHELI, 2009, p. 135).

O reconhecimento que se dirige diretamente à pessoa atinge, de fato, o domínio do amor, isto é, o domínio do erótico. A partir do momento em que o reconhecimento não passa mais pelo trabalho, a relação encontra-se “erotizada” e não permite a construção da identidade do trabalhador (MERLO, 2002).

A psicodinâmica do trabalho chama a atenção para a repercussão da falta de valorização e do reconhecimento na vida familiar do trabalhador, pois “é o homem inteiro que é condicionado ao comportamento produtivo pela organização do trabalho, e fora da fábrica, ele conserva a mesma pele e a mesma cabeça.

Despessoalado no trabalho, ele permanecerá despessoalado em sua casa” (DEJOURS, 1992, p. 47).

Quando não há reconhecimento no trabalho, a conseqüente desvalorização invade outros aspectos da vida do sujeito, afetando o tempo e o espaço do não-trabalho (LANCMAN e SZNELWAR, 2008).

Desse modo, o trabalho e a casa são aspectos indissociáveis, influenciando inclusive o tempo de lazer do trabalhador.

Numerosos são os operários e empregados submetidos à organização científica do trabalho que mantêm ativamente, fora do trabalho e durante os dias de folga, um programa onde atividades e repouso são verdadeiramente comandados pelo cronômetro. Assim, eles conservam presente a preocupação ininterrupta do tempo permitido a cada gesto, uma espécie de vigilância permanente para não deixar apagar o condicionamento mental ao corpo produtivo (DEJOURS, 1992, p. 47).

O ritmo intenso fora do trabalho se caracteriza como uma contaminação e também como um mecanismo para manter, de forma eficaz, a impossibilidade da expressão da espontaneidade que indicariam uma brecha no condicionamento produtivo (DEJOURS, 1992).

Dejours (1992) explica que poucos trabalhadores conseguem e podem organizar o seu lazer de acordo com o seus desejos, o que poderia compensar os efeitos perniciosos da organização do trabalho. Frequentemente, o tempo fora do trabalho é situado à distância da coletividade dos trabalhadores, tornando-se um sistema defensivo extremamente individualizado.

É importante destacar que o sofrimento não é vivenciado passivamente, pois o sujeito desenvolve estratégias defensivas que modificam a percepção que têm da realidade, funcionando como uma forma de adaptação às pressões rígidas que causam sofrimento. Pode-se dizer que, na impossibilidade de vencer a rigidez das pressões organizacionais, os trabalhadores conseguem alterar a percepção que eles têm das fontes de sofrimento do trabalho, possibilitando ao indivíduo alguma estabilidade.

3.4- AS ESTRATÉGIAS DEFENSIVAS

As estratégias defensivas são construídas para proteger o aparelho mental do sofrimento, da ansiedade e insatisfação. Também diante da falta de reconhecimento, os indivíduos as utilizam para evitar a doença mental (LANCMAN e SZNELWAR, 2008).

As ideologias defensivas têm por função mascarar e ocultar uma ansiedade grave. Dejours (1992) agrupa os componentes da ansiedade em três elementos:

1. Ansiedade relativa à degradação do funcionamento mental e do equilíbrio psicoafetivo:

a. Resultante da desestruturação das relações psico-afetivas espontâneas com os colegas do trabalho, de seu envenenamento pela discriminação e suspeita, ou de sua implicação forçada nas relações de violência e de agressividade com a hierarquia, que podem colocar em perigo a saúde mental dos indivíduos. Esse sofrimento pode repercutir nas relações fora do trabalho, ou seja, nas relações familiares.

b. O segundo tipo de ansiedade refere-se à desorganização do funcionamento mental. As pressões relativas às tarefas impactam no funcionamento mental podendo resultar numa ansiedade particularmente comum na classe trabalhadora: a sensação de paralisia da imaginação, de regressão intelectual e de despersonalização.

2. Ansiedade relativa à degradação do organismo: essa forma de ansiedade é consequente do risco em torno da saúde física. As condições de trabalho precárias geram riscos ao corpo, com a ocorrência de acidentes graves, doenças profissionais, redução do período de vida e o aparecimento de doenças psicossomáticas.

3. Ansiedade gerada pela disciplina da fome: apesar do sofrimento mental já não poder ser mais ignorado, os trabalhadores continuam realizando suas atividades para atender à necessidade primordial: a de sobrevivência.

A especificidade das ideologias defensivas está relacionada à natureza da organização do trabalho. Dejours (1992) ensina que a ideologia para ser funcional deve abranger a participação de todos os interessados. Aqueles que não aderirem ou não compartilharem do seu conteúdo podem ser excluídos. O teórico exemplifica com dois casos: na construção civil, o indivíduo pode ser mandado embora; já no subproletariado, pode sofrer um progressivo isolamento que poderá acarretar doenças físicas e mentais.

As defesas podem ser protetivas, adaptativas e de exploração. As protetivas são maneiras de pensar, sentir e agir compensatórios para suportar o sofrimento, racionalizando os fatores geradores de desprazer. Assim, o trabalhador consegue evitar o adoecimento por meio da alienação das causas do sofrimento e não age

para mudanças na organização do trabalho, mantendo a situação vigente. Quanto às outras duas, Mendes (2007) explica:

As defesas de adaptação e exploração podem se esgotar mais rapidamente porque exigem do trabalhador um investimento físico e sociopsíquico para além do seu desejo e capacidade. Essas defesas têm nas suas bases a negação do sofrimento e a submissão ao desejo da produção. São, na maior parte das vezes, inconscientes, e levam os trabalhadores a manter a produção exigida pela organização do trabalho, ao dirigirem seus modos de pensar, sentir e agir para atender ao desejo da excelência (MENDES, 2007, p. 38-39).

A racionalização, o individualismo e a passividade são, respectivamente, exemplos de defesa proteção, adaptação e exploração (MENDES, 2007). O indivíduo diante da rigidez e da pressão no trabalho irá minimizar, através das defesas, a sua percepção em relação às fontes de sofrimento. Nesse sentido “a operação é estritamente mental, já que ela geralmente não modifica a realidade da pressão patogênica” (DEJOURS e ABDOUCHELI, 2009, p. 128).

Vê-se assim que estas estratégias podem ser muito úteis, pois permitem que as pessoas continuem trabalhando, mas também funcionam como uma armadilha que pode insensibilizar contra aquilo que faz sofrer e podem levar o sujeito ao “sofrimento ético”, quando ele comete atos, no trabalho, que condena moralmente.

Homens e mulheres criam defesas contra o sofrimento padecido no trabalho. As “estratégias de defesa” são sutis, cheias mesmo de engenhosidade, diversidade e inventividade. Mas também encerram uma armadilha que pode se fechar sobre os que, graças a elas, conseguem suportar o sofrimento sem se abater (DEJOURS, 2007, p. 18).

Dejours, Abdoucheli e Jayet (2009) chamam a atenção para o fato de que as estratégias podem enganar o trabalhador, mascarando o sofrimento e diminuindo a probabilidade de luta ou ação contra as pressões laborais.

Os mecanismos empregados contra o sofrimento “servem para a manutenção da produtividade [...] de maneira que o sofrimento pode, em certas condições, tornar-se um instrumento de exploração e de rendimento” (DEJOURS, 1992, p. 136).

Um dos procedimentos defensivos consiste em desvincular-se das responsabilidades, levando o sujeito à perda da iniciativa e “a sistematicamente se cercar de proteção em caso de dificuldades, a remeter sempre para os escalões superiores as decisões e a se ater estritamente às consígneas de execução” (DEJOURS; JAYET, 2009, p. 90).

Outra saída individual será largar o trabalho, trocar de posto ou mudar de empresa. Outra possibilidade é o absenteísmo: o trabalhador, esgotado e à beira de uma descompensação psiconeurótica, apresenta um atestado, uma vez que “o sofrimento mental e fadiga são proibidos de se manifestarem numa fábrica. Só a doença é admissível” (DEJOURS, 1992, p. 121). Dessa forma, a consulta médica oculta o sofrimento mental.

Outras defesas mencionadas por Dejours e Jayet (2009) são: o silêncio diante da hierarquia e aos pares, a ideologia do “cada um por si” ou individualismo, podendo conduzir o sujeito à desconfiança sistemática, na qual se interpreta tudo como produto da hostilidade dos outros em direção a si próprio.

A aceleração é um mecanismo de defesa dos trabalhadores de linha de produção fordista (DEJOURS, 1992). Para lidar com a monotonia e a repetição dos mesmos gestos rotineiros, os sujeitos aceleram seus movimentos e executam mais rapidamente suas tarefas para tornar mais suportável uma atividade que traz sofrimento e insatisfação.

Uma estratégia defensiva possível consiste em desconsiderar a hierarquia, não se submetendo mais ao chefe imediato, mas passando diretamente ao nível superior.

Outra atitude defensiva mencionada por Dejours e Jayet (2009) consiste em se recusar a cumprimentar os colegas, evitando não só o conflito, mas qualquer representação dele.

Denunciar os outros grupos, os outros coletivos, as outras equipes como incompetentes também configura-se como estratégia defensiva. O não envolvimento também é mencionado pelos autores. O “presenteísmo”, como atitude defensiva, permite “não pensar mais, não refletir mais e mesmo não mais perceber o sofrimento” (DEJOURS E JAYET, 2009, p. 91).

O sofrimento no silêncio consiste numa individualização máxima do sofrimento e sinaliza que as defesas coletivas não são mais eficazes.

Mendes (2007) exemplifica como defesas também o cinismo, desesperança de ser reconhecido, desprezo, danos aos subordinados, negação do risco inerente ao trabalho e distorção da comunicação.

As defesas podem ser empregadas individualmente ou coletivamente. A construção civil é citada por Dejours (2007) como um exemplo de estratégia

defensiva de um coletivo de trabalho, contribuindo para a coesão do coletivo de trabalho.

Os operários da construção civil trabalham pondo em risco sua integridade física. E sentem medo. Para poderem continuar trabalhando no contexto das pressões organizacionais que se lhe impõem (ritmos, condições meteorológicas, adequabilidade ou não das ferramentas, existência ou não de dispositivos de segurança e prevenção, modalidades de comando, improvisação da organização do trabalho etc.), eles lutam contra o medo por uma estratégia que consiste basicamente em agir sobre a percepção que eles têm do risco (DEJOURS, 2007, p. 103).

O reconhecimento do medo levaria os trabalhadores à paralisação das atividades. Por isso, podem exibir, como sedativos do medo: coragem, resistência à dor, força física, invulnerabilidade articulados a um sistema de valores centrado na virilidade. Com essas características, evitam expor-se ao descrédito, ao desprezo e à exclusão da comunidade de homens (DEJOURS, 2007).

Parar de trabalhar por estar doente pode gerar sentimentos de vergonha para o sujeito, sendo a vergonha considerada como uma ideologia defensiva, pois o protege da ansiedade de estar doente e num corpo incapacitado (DEJOURS, 1992).

De Lancman e Uchida (2011) explicam que o adoecimento de um ou de vários trabalhadores fragiliza esses mecanismos e desestabiliza o grupo, pois denuncia o caráter patologizante do trabalho, levando os próprios trabalhadores a discriminarem e responsabilizarem o indivíduo que adoeceu como fraco, ou pior, como simulador de adoecimento. O silêncio e o individualismo aparecem, pois o sofrimento alheio poderia levá-los ao reconhecimento do próprio sofrimento.

Lemos, Cruz e Botomé (2002), no estudo “Sofrimento psíquico e trabalho de profissionais de enfermagem” identificaram os mecanismos de defesa utilizados para suportar ou minimizar as adversidades ocorridas em seus cotidianos: a negação, a sublimação e a banalização do sofrimento, da assistência e até das informações prestadas aos pacientes e seus familiares:

Expressões como “isto é natural na unidade”, “faz parte da rotina”, “um morre outro vem”, ou o fato dos trabalhadores usarem o pronome “tu” para falar dos seus próprios sentimentos sinalizam aspectos dessa negação ou banalização do sofrimento no trabalho. No entanto, ao optarem por trabalhar com pacientes, os trabalhadores possivelmente assumem um compromisso ético que os obriga a agir dessa forma (LEMOS, CRUZ E BOTOMÉ, 2002, p. 408).

Pitta (1994) relata o trabalho de uma psicanalista em um hospital londrino, na qual foram desenvolvidas as seguintes estratégias defensivas pelos

trabalhadores do hospital – todas elas visando, em última instância, reduzir a ansiedade provocada por ter a dor e a morte como ofício:

- Fragmentação da relação técnico-paciente, reduzindo o tempo de contato do técnico com o doente e a consequente intimidade entre ambos;
- Despersonalização e negação da importância do indivíduo – todos os pacientes são iguais;
- Distanciamento e negação de sentimentos;
- Tentativa de eliminar decisões pelo ritual de desempenho das tarefas – evitando as demandas brutas e minimizando a necessidade de um planejamento individual do trabalho;
- Redução do peso da responsabilidade – há uma obscura hierarquia, na qual não fica clara a divisão de tarefas.

Kubler-Ross (2002), em seus estudos sobre a morte e morrer, afirma que a doença pode provocar a consciência da impotência, das limitações da finitude da existência do ser humano, por isso, o primeiro impacto diante dela é a negação.

As defesas podem impedir que o sofrimento produza uma descompensação psicopatológica, isto é, “ruptura do equilíbrio psíquico que se manifesta pela eclosão de uma doença mental” (Dejours, 2007, p. 35). Dejours (1992) alerta que a exploração do sofrimento pela organização do trabalho não cria doenças mentais específicas – nem neuroses nem psicoses do trabalho.

Para o teórico, a doença mental depende da estrutura de personalidade, adquirida muito antes da entrada do sujeito no mundo do trabalho. Isso significa que a organização do trabalho favorece o surgimento da doença mental (DEJOURS, 1992).

É preciso levar em consideração três aspectos da relação do homem e a organização do trabalho ao qual está submetido: a fadiga que produz desgaste no aparelho mental, o acúmulo de energia pulsional e a oposição entre os desejos da empresa e do trabalhador (DEJOURS, 1992).

Todos esses fatores podem levar o sujeito, de forma progressiva, à doença psíquica e a somatização.

3.5 O SOFRIMENTO PSÍQUICO NO CORPO

Quanto à abordagem econômica do funcionamento psíquico, Dejours (2009) afirma que o sujeito submetido às mais diferentes tipos de excitações seja de origem exterior (percepto-sensoriais) ou do interior (instintivas ou pulsionais) e possui três vias de descarga de energia: psíquica, motora e visceral. Para ele, o acúmulo de excitação resulta em tensão, que pode ser transformado em somatização.

Somatização processo pelo qual um conflito que não consegue encontrar uma resolução mental desencadeia, no corpo, desordens endócrino-metabólicas, ponto de partida de uma doença somática (DEJOURS, 1992, p. 127).

A tensão interior pode ser descarregada através de representações mentais. A musculatura também pode ser utilizada como forma de descarga, produzindo crise de raiva motora, fuga, atuação agressiva e violência. A terceira possibilidade é via sistema nervoso autônomo e o desordenamento das funções somáticas, denominada por Dejours (2009a) de via visceral, é a que estará atuando no processo de somatização.

Sabe-se que a angústia e a emoção, por exemplo, que são afetos psíquicos, possuem traduções somáticas: as palpitações, a hipertensão arterial, os tremores, os suores, as parestesias, as câimbras, a desidratação das mucosas, a hiperglicemia [...] o medo, a angústia no trabalho, mas também a frustração e a agressividade, podem aumentar as cargas cardiovasculares, musculares, digestivas etc. (DEJOURS, 2009a, p. 29).

O trabalho pode ser uma fonte de equilíbrio para o sujeito quando permite a descarga de tensão. Do contrário, pode provocar sofrimento e descompensações psiconeuróticas ou somáticas (DEJOURS, 2009a). Em se tratando de uma estrutura psicótica, a sobrecarga poderá produzir um delírio; na estrutura neurótica uma depressão ou uma doença psicossomática. Nas palavras de Ferraz: “A impossibilidade da elaboração psíquica deixaria livre o acesso da excitação não-representável para o plano somático” (FERRAZ, 1997, p. 21).

É possível perceber a influência e a importância dos estudos da Psicossomática para o campo da psicodinâmica do trabalho, uma vez que os sintomas físicos do trabalhador podem ser expressão do sofrimento decorrente das atividades profissionais. A somatização também sinaliza que as defesas já não conseguiram mais proteger o aparelho mental, acumulando energia pulsional que não sofre descarga.

Rodrigues e França (2010) contam que o termo “Psicossomática” foi utilizado na Medicina em 1818 por Helmholtz e correspondia às doenças somáticas surgidas em decorrência de aspectos mentais. Atualmente, essa visão evoluiu para o estudo do sujeito como um ser histórico composto por três sistemas indissociáveis: corpo, mente e social.

A emoção é um fenômeno que ocorre simultaneamente no nível do subsistema do corpo e no nível do sistema processos mentais. Aquilo que nível dos sentimentos é medo, raiva, dor, tristeza, alegria, fome, no corpo concomitantemente se expressa através de modificações no sistema somático, através de modificações das funções motoras, secretoras e de irrigação sanguínea [...]. Assim a pessoa pode apresentar disfunções motoras no nível digestivo, do aparelho respiratório, do aparelho urinário, do aparelho circulatório, de pele e de outros órgãos e aparelhos (RODRIGUES; FRANÇA, 2010, p. 116).

Nessa perspectiva, o princípio fundamental da Psicossomática de Pierre Marty é de que uma sobrecarga sobre o corpo pode resultar em somatização. Há limites para a capacidade mental, que podem ser maiores ou menores em decorrência do momento da vida do sujeito. Essa capacidade de assimilação de um sujeito foi denominada por Mart de “mentalização”, cuja função é proteger de forma satisfatória o sujeito da somatização (VIEIRA, 1997).

Bitelman (1997) explica que em relação aos problemas gastrointestinais são frequentemente percebidos após a vivência de uma situação conflitiva. A gravidade da doença dependerá da qualidade das estruturas mentais. Desse modo, uma doença mais grave (como o câncer de estômago) ou menos grave (gastrite) está relacionada a estruturas mentais individuais mal ou bem mentalizadas, que se formam desde os primeiros anos de vida com o desenvolvimento do sistema psíquico.

Bitelman (1997) continua explicando que é comum encontrar no histórico do paciente com gastrite ou úlcera gastroduodenal conflitos ligados ao trabalho ou à família. O autor explica que apesar de uma estrutura bem-mentalizada, alguns sujeitos permanecem ansiosos perante situações ambíguas, como em tomada de decisões.

O meio médico considera a úlcera e a gastrite relacionadas à atividade de uma bactéria (*Helicobacter pylori*) [...] mas esse fato não invalida a importância do psiquismo, da mente. Muitas pessoas infectadas com tal bactéria não têm úlcera e, em algumas com úlcera, não se detecta a bactéria. Não esqueçamos tampouco que a mera presença de uma bactéria no organismo não é condição para ocorrer uma doença, pois existem numerosas bactérias e também vírus nos tecidos humanos, que vivem em perfeito equilíbrio com o hospedeiro, sem prejudicá-lo (BITEMAN, 1997, p. 173).

A somatização do sujeito pode ser a expressão do sofrimento vivido no trabalho. Como ensina Ferraz (1997, p. 36): “o ato do somatizador recai sobre o soma. Na somatização o corpo é mesmo o corpo biológico; daí a existência de uma lesão orgânica. Os fenômenos e as doenças dos participantes da pesquisa também apontaram para essa direção, ou seja, quando na falta da elaboração psíquica de um afeto o mesmo se evidencia no corpo.

A rigidez no modo de organização de trabalho dificulta a economia psicossomática individual, causando fragilidade psíquica-somática, pois bloqueia a possibilidade do trabalhador adequar seus desejos aos da empresa. A livre organização do trabalho é fundamental para o equilíbrio psicossomático e para a satisfação (DEJOURS, 1992).

De acordo com o exposto, compreende-se a importância atribuída ao trabalho pela Psicodinâmica do Trabalho na constituição da identidade do sujeito. Seu principal foco de interesse é investigar como os trabalhadores se mantêm saudáveis mesmo quando submetidos às diversas fontes de agressão mental geradas pela organização do trabalho.

Essa abordagem estuda também os mecanismos de defesa, individuais e coletivos, utilizados para defender o aparelho mental do sofrimento e da insatisfação. O reconhecimento é fundamental nesse sentido porque permite a transformação do sofrimento em prazer, entendido aqui como a possibilidade de utilização dos processos intelectuais, psicológicos e afetivos pelo trabalhador na realização das suas atividades.

A doença mental e a somatização aparecem pelo acúmulo de tensão (energia) no aparelho mental. A Psicodinâmica do trabalho considera que o preço pago pelo sofrimento é muito caro para o trabalhador, não apenas em termos de perdas financeiras, mas também os custos psicológicos e emocionais. Doente, ele terá que enfrentar também a vergonha de parar de trabalhar, em uma sociedade que supervaloriza o trabalho.

4 – SOBRE O MÉTODO

Esta seção tem como finalidade descrever os objetivos que nortearam a pesquisa, levando em consideração algumas questões surgidas partir das especificidades do contexto de trabalho dos entrevistados.

Apresentará também as razões pelas quais optou-se por um estudo de natureza qualitativa, baseando-se em autores que orientaram esse percurso. Em seguida, serão descritos o cenário, os participantes e os instrumentos utilizados para a realização da pesquisa.

Esta seção finalizará abordando a forma de análise dos dados obtidos durante a investigação das vivências de prazer e sofrimento dos psicólogos em um hospital público da Região Norte.

4.1-OBJETIVOS

4.1.1 Objetivo Geral:

- Investigar as vivências de prazer e sofrimento no trabalho de psicólogos em um hospital público da região Norte do Brasil.

4.1.2 Objetivos Específicos:

- Identificar os fatores que os psicólogos que atuam em um Hospital de uma cidade da região Norte do Brasil, reconhecem como fontes de prazer e sofrimento em seu trabalho.
- Identificar as estratégias defensivas empregadas para mediar o sofrimento psíquico no trabalho.
- Investigar as percepções que os psicólogos têm sobre o cuidar de si e como avaliam a sua saúde enquanto trabalhador;

A partir da caracterização do hospital, como um ambiente de trabalho que exige cuidado, atenção, entrega, responsabilidade e investimento afetivo, realizou-se um estudo qualitativo, cujos problemas investigados foram:

1. Como os psicólogos que trabalham no hospital enfrentam as dificuldades dessa atividade laboral?

2. Será que a formação em Psicologia contribuiu para a sua atuação no Hospital?
3. Quais as principais fontes de sofrimento e prazer vivenciadas pelo psicólogo no hospital?
4. Como os psicólogos avaliam a sua própria saúde?
5. Caso apresentem vivências de sofrimento, quais estratégias defensivas são utilizadas para mediá-las?

4.2 SOBRE O LUGAR DA PESQUISA

O hospital de uma cidade da Região Norte do Brasil é público e recebe os casos considerados mais complexos do sistema de saúde de todo o Estado, nas modalidades de atendimento ambulatorial, internação e de urgência.

Por ser o único Pronto Socorro da cidade, facilmente o local e os participantes da pesquisa poderiam ser identificados. Em decorrência disso, optou-se em resguardar o sigilo, removendo quaisquer dados que pudessem vir a trazer prejuízos aos entrevistados e ao local pesquisado, que será nomeado de modo fictício como “Hospital da Região Norte” (HRN) para facilitar a leitura.

A Unidade atua na retaguarda e na referência de todo Sistema Estadual de Saúde, representando para a população a possibilidade de cuidados de alta complexidade. Além disso, permite a realização de atividades de ensino, pesquisa e extensão universitária, pois é foco de pesquisa e estágio principalmente para os cursos de Medicina e Enfermagem.

Para a realização desses serviços, há uma força de trabalho formada por profissionais da Secretaria de Estado de Saúde: médicos, enfermeiros, odontólogos, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, auxiliares administrativos e de Enfermagem, técnicos, auxiliares operacionais de serviços diversos e outros.

Atualmente, a unidade de saúde passa por reforma e ampliação da sua estrutura física, gerando a necessidade de adaptação dos setores e dos profissionais a essa nova realidade. A coleta da assinatura do médico diretor do HRN autorizando a realização da presente pesquisa (Apêndice A) foi obtida durante o atendimento de um paciente no dia 22 de novembro de 2010. Muito ocupado, porém solícito, mostrou-se disponível a cooperar e comentou a respeito da necessidade de realizar pesquisas com profissionais de saúde. Posteriormente o

projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Estado (Anexo A).

No dia 17 de outubro de 2011 foi realizada uma visita ao Hospital, com o objetivo de levantar mais dados históricos junto aos Recursos Humanos. A primeira dificuldade foi quanto à localização do Setor e várias pessoas foram indagadas até que o local fosse encontrado. Após a apresentação da pesquisadora e dos objetivos desse estudo, foram solicitados registros a respeito de missão, objetivos, organograma, número de funcionários por área de formação (Medicina, Psicologia, Enfermagem etc.), data de inauguração e outros dados relevantes.

Quanto aos setores do Hospital, destaca-se: Setor Pessoal, Serviço Social, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), Protocolo, Conselho Gestor, Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME), Direção Administrativa, Direção Geral, Direção Clínica, Direção de Enfermagem, Setor de Compras, Financeiro, Almoxarifado, Lavanderia, Serviços Gerais, Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT), Raio X, Endoscopia, Ultrassom, Eletrocardiograma. Há também o SND (Serviços de Nutrição Dietética), Clínica Cirúrgica A e B, Sala de Emergência: Traumática, Clínica, Pediátrica; TI (Tecnologia e Informática), Ortopedia, Farmácia, Laboratório, Banco de Sangue, Observação I e II, Desintoxicação (que funciona temporariamente no Hospital de Saúde Mental), Clínica Médica Feminina e Masculina, Serviço de Internação e alta, Patrimônio, Serviço de Transporte, Setor Jurídico e Central Telefônica. O serviço de limpeza e segurança é realizado por empresas terceirizadas.

Sua estrutura conta com 172 leitos distribuídos na Clínica Médica (71 leitos), Clínica Cirúrgica (68 leitos), Pediatria (16 leitos), outras especialidades (Pneumologia e psiquiatria) e na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) (12 leitos). O sistema de alta complexidade do hospital abrange as cirurgias videolaparoscópica, ortopédicas e neurocirurgias.

Quanto ao número de trabalhadores, o funcionário dos Recursos Humanos do HRN respondeu: “Olha, eu não tenho muita certeza, porque muita gente sai, mas eu acho que é aproximadamente 852”. O documento sobre o levantamento de funcionários foi procurado no computador na tentativa de confirmar esse dado, porém o arquivo não foi localizado.

Uma funcionária recomendou uma visita ao TI (Tecnologia e Informática), onde poderia haver dados históricos sobre a Unidade. Um trabalhador do citado

setor tinha um registro histórico da unidade elaborado por um enfermeiro. No documento constava que no dia 07 de outubro de 1956 o HRN foi inaugurado, com o objetivo de suprir a demanda dos enfermos vitimados por malária, leishmaniose, hanseníase, febre amarela, acidente ofídico e outras moléstias que acometiam a população naquela época.

4.3 SOBRE OS PARTICIPANTES DA PESQUISA

O presente estudo levou em conta algumas diretrizes propostas por Minayo (2010) quanto à amostragem numa pesquisa qualitativa que:

[...] privilegia os sujeitos sociais que detêm os atributos que o investigador pretende conhecer; esforça-se para que a escolha do lócus e do grupo de informação e observação contenha o conjunto de experiências e expressões que se pretende objetivar com a pesquisa; considera-os em número referente para permitir uma certa reincidência das informações, porém não despreza informações ímpares cujo potencial explicativo tem que ser levado em conta (MINAYO, 2010, p. 197).

Quanto ao número de respondentes em uma pesquisa qualitativa, além de sua disponibilidade e de seu interesse em conceder a entrevista, o critério não é numérico, pois “uma amostra qualitativa ideal é a que reflete a totalidade das múltiplas dimensões do objeto de estudo” (MINAYO, p. 2010, p. 197).

O presente trabalho seguiu as recomendações de Mendes (2007) quanto à escolha dos participantes:

Os participantes das entrevistas devem ser escolhidos aleatoriamente, e deve ser mantido o caráter de voluntariado. A pesquisa em clínica do trabalho não deve fazer parte de uma “convocação”, mas de um convite [...]. Esse é um modo de garantir princípios éticos, considerando-se a mobilização psíquica que a fala sobre o trabalho pode gerar no sujeito, bem como as consequências de sua fala para os gestores da organização do trabalho (MENDES, 2007, p. 71).

Na visita realizada no dia 17 de outubro de 2011 também foi informado que havia quatro psicólogos (**Bruna, Soraia, Jorge e Jussara**) lotados na Unidade. Para fins deste estudo, optou-se pela utilização de nomes fictícios para cada um dos profissionais.

É preciso esclarecer a respeito da história da Psicologia nesse hospital. Até 2006, havia dois psicólogos exercendo suas atividades profissionais: **Jorge e Maria**. Com a realização de um concurso público da Secretaria de Saúde em 2006, cinco psicólogos foram lotados: **Bruna, Letícia, Soraia, Roberto e Beatriz**, totalizando assim sete psicólogos no local pesquisado. No mesmo ano, o setor de dependência

química que a psicóloga **Beatriz** estava, foi transferido para funcionar em outra unidade de saúde. No ano seguinte (2007), o psicólogo **Roberto** pediu transferência para outro hospital e o psicólogo **Jorge** sofreu um aneurisma. Em 2009, a psicóloga **Letícia** pediu exoneração do cargo e em 2010 a psicóloga **Maria** faleceu em decorrência de um câncer no útero. Em 2011, por conta do quadro reduzido de psicólogos (**Bruna** e **Soraia**), a psicóloga **Jussara** foi convidada para integrar a equipe da Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Portanto, em 2012 o hospital contava com três psicólogas exercendo suas funções no HRN e um psicólogo afastado.

É importante apresentar mais informações importantes e detalhadas sobre cada profissional que trabalha ou já trabalhou no HRN:

- **Bruna** formou-se em Psicologia em 2001 na cidade Ribeirão Preto-SP, tem 34 anos, divorciada, tem especialização em “Psicologia do Desenvolvimento na área da Saúde”, concursada, exerce suas atividades no HRN desde 2006, também é professora e atende em consultório. Sua jornada de trabalho semanal no HRN é 30 horas. Seu trabalho abrange atendimento nas enfermarias.

- **Soraia** graduou-se em Psicologia em 1994 na cidade de Fortaleza, tem 42 anos, divorciada, tem três especializações: “Saúde Pública”, “Saúde Mental” e em “Ativação de Processo de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde”. Concursada, exerce suas atividades no HRN desde 2006 e também trabalha em um centro de saúde. Sua jornada de trabalho semanal no HRN é de 30 horas. Seu trabalho abrange atendimento nas enfermarias.

- A psicóloga **Jussara** tem 36 anos e trabalhava no HRN como técnica de enfermagem. Ao concluir o curso de graduação em 2011 foi convidada para trabalhar na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Está em desvio de função, recebendo como técnica de enfermagem, mas exercendo atividade profissional na Psicologia. A carga horária de trabalho semanal é de 30 horas. Está cursando uma pós-graduação em Psicologia Clínica.

- O psicólogo **Jorge** tem 57 anos e é especialista em Psicologia Hospitalar e Clínica. Em 2000, por sua experiência na área de gestão hospitalar, foi convidado para ser o chefe do setor de recursos humanos do HRN. Em 2007 sofreu um aneurisma de aorta abdominal e desde então não exerce nenhuma atividade profissional. Está afastado para tratamento de saúde desde 10 de outubro de 2007.

- A psicóloga **Letícia** formou-se em 2000 na cidade de Uberlândia-MG, possui 34 anos e tem especialização em violência doméstica contra crianças e

adolescentes. Trabalhou na Unidade de Terapia Intensiva do HRN por três anos. Ela solicitou exoneração do concurso em 02 de setembro de 2009, alegando motivos pessoais. Atualmente trabalha atendendo mulheres vítimas de violência doméstica.

- O psicólogo **Roberto**, concursado, foi lotado no HRN em 2006 e no ano seguinte foi transferido a pedido para outra Unidade Hospitalar. Procurado para fazer parte do estudo, o psicólogo recusou-se a participar, dizendo que passou pouco tempo no HRN e não lembrava mais das experiências de prazer e sofrimento no trabalho.

- A psicóloga **Beatriz** tem 39 anos e é concursada. Em contato telefônico realizado em janeiro de 2012, informou que está no Setor de Dependência Química que não funciona no HRN há 06 anos. Beatriz optou por não participar do presente estudo, pois não chegou a exercer nenhuma atividade profissional no local pesquisado.

- A psicóloga **Maria** faleceu em decorrência de câncer no útero no dia 20 de abril de 2010. Mais dados a respeito da profissional não foram encontrados no Setor de Recursos Humanos, mas a psicóloga Bruna lembrava que a evolução do câncer tinha sido muito rápida e no momento do diagnóstico foi informado que não havia possibilidade de tratamento e cura. Maria não chegou a se submeter à quimioterapia, morrendo pouco tempo depois do diagnóstico. O Conselho Regional de Psicologia indicou uma psicóloga que era amiga de Maria, que informou que “ela tinha um mioma e iria fazer uma cirurgia, pela qual já devia ter feito há muito tempo. Ela não buscava ajuda. Eu, como amiga, por exemplo, não sabia que ela tinha esse problema e era grave”.

Inicialmente foram estabelecidos os seguintes critérios para inclusão dos participantes na pesquisa: psicólogos, servidores públicos da Secretaria de Estado de Saúde, exercendo suas funções no HRN, com disponibilidade de tempo e interesse voluntário em participar da pesquisa. Contudo, durante a investigação e tendo apenas duas psicólogas (Bruna e Soraia) que se encaixavam nesses critérios, percebeu-se que seria de grande relevância para o estudo ampliar a amostra, abrangendo também os psicólogos que já exerceram suas atividades no local, pois certamente suas vivências ajudariam a compreender o prazer e o sofrimento no trabalho.

Portanto, cinco psicólogos tornaram-se os participantes da pesquisa: **Bruna, Soraia, Jussara, Jorge e Letícia**. Jussara está em desvio de função, atuando como

psicóloga e recebendo como técnica de enfermagem, mas também foi convidada para o estudo, pois certamente teria muito a contribuir. Em todas as entrevistas realizadas primeiramente foram descritos os objetivos e os instrumentos utilizados na pesquisa e posteriormente foram coletadas as assinaturas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B). As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas literalmente para garantir a fidelidade necessária para análise.

A proposta inicial desta investigação seria que as entrevistas ocorressem no próprio local de trabalho para não acarretar nenhum prejuízo ao profissional. Entretanto, no dia 15 de fevereiro de 2011, no primeiro contato telefônico com a psicóloga Bruna, a mesma informou que não havia local apropriado para a entrevista, pois o Serviço de Psicologia não possuía sala, não havia um local adequado e reservado no hospital e que se sentiria mais à vontade em outro lugar. Ela mostrou-se solícita e aceitou participar do estudo, sugerindo que nos encontrássemos no seu consultório particular.

A entrevista ocorreu às 14 horas do dia 17 de fevereiro de 2011 e durou 3 horas. Aparentando tranquilidade, Bruna sugeriu a sala de estar como o local da entrevista. As condições de iluminação, som e ventilação estavam satisfatórias. Bruna respondeu as perguntas de forma muito detalhada, descrevendo seus sentimentos e suas experiências no HRN. Conseguiu relatar as fontes de sofrimento, o sentimento de desvalorização e a falta de reconhecimento. Dentre todas as entrevistas realizadas, foi a que teve a maior duração, pois Bruna assumiu que ainda estava elaborando todas as vivências e expectativas frustradas no trabalho.

A entrevista com a Soraia ocorreu somente no dia 26 de outubro de 2011, pois a psicóloga estava de licença-prêmio e viajou para sua cidade natal. Nesse período (fevereiro a outubro de 2011), foram realizados mais levantamentos bibliográficos sobre o tema da pesquisa e a transcrição da entrevista com Bruna.

A entrevista foi marcada para as 9 horas no próprio hospital em uma sala que após a reforma foi denominada “Serviço de Psicologia” e teve duração de 2 horas. É importante lembrar que na época da realização da entrevista com a Bruna não havia essa sala. Soraia demonstrou solicitude e disposição para participar do estudo.

A entrevista com a psicóloga Letícia foi marcada para o dia 07 de janeiro de 2012 às 10 horas em sua residência, alegando que se sentiria mais à vontade.

Aparentava tranquilidade durante a entrevista e demonstrou seus sentimentos, em sua grande maioria, prazerosos no exercício das atividades na UTI. Relatou que apesar de já terem se passado quase 03 anos da sua exoneração, lembra-se de forma muito clara das experiências no trabalho e de determinados casos que a marcaram. Relatou que o convívio diário com a morte, dor e o sofrimento a fizeram olhar para vida de uma forma diferente, valorizando os detalhes e a família, principalmente o seu filho. Durante a entrevista, sugeriu que a pesquisadora entrasse em contato com o psicólogo Jorge, justificando que ele trabalhou no HRN por muitos anos e eventualmente quando o encontra percebe, por meio da sua fala, a mágoa de estar afastado do trabalho.

A psicóloga Jussara sugeriu que o local da entrevista, realizada no dia 16 de janeiro de 2012 às 15 horas, fosse no consultório particular da pesquisadora, pois na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do HRN não havia uma sala adequada na qual o sigilo, confidencialidade e a privacidade pudessem ser resguardados. No primeiro contato com a participante para convidá-la para o estudo, exclamou: “Ih. Atualmente é só sofrimento”. Entretanto, na entrevista elencou fontes de prazer no trabalho que talvez ainda não estivessem conscientes para ela no momento do convite. Jussara foi solícita e respondeu as perguntas sem problemas. Apenas aparentou estar pouco à vontade quando perguntada sobre a relação com as colegas psicólogos, alegando que não havia um trabalho em conjunto e que a Psicologia é mal vista pelos funcionários do HRN.

O psicólogo Jorge informou no contato telefônico que sua esposa acabara de receber alta do hospital e que a entrevista teria que ocorrer em sua casa. Também disse que teria muito interesse em contribuir para o estudo. O encontro foi agendado para o dia 07 de fevereiro de 2012 às 14 horas. Apesar de solícito e de ter respondido todas as perguntas sem hesitação, relatou que estar sentado provocava muitas dores na região abdominal por conta da intervenção cirúrgica do aneurisma de aorta abdominal.

Levando em consideração a dinamicidade do processo de trabalho e as possíveis novas informações e vivências que poderiam ser levantadas, foram realizados, nos meses de maio e junho, novos encontros no HRN com as psicólogas Bruna, Soraia e Jussara. Além disso, objetivou-se observar o processo de trabalho e acompanhar a rotina de trabalho dessas entrevistadas.

O objetivo dessa fase de documentação sobre o processo de trabalho e das visitas é obter a base concreta necessária para compreender do que falam os trabalhadores que participam da pesquisa, e ter a disposição uma representação, em imagens, das condições ambientais do sofrimento (DEJOURS, 1992, p. 142).

Em 23 de maio de 2012 foi realizado um novo encontro com a psicóloga Bruna no seu local de trabalho. Ela estava supervisionando treze estagiários de Psicologia no atendimento aos pacientes nas enfermeiras. Também tem auxiliado a gestão em questões burocráticas, tais como o PDUS (Plano de Desenvolvimento das Unidades de Saúde), pela sua experiência em planejamento. Tem ajudado na elaboração do Manual do Serviço de Psicologia que servirá para regulamentar o serviço e criar normas e fluxos de atendimento para os novos psicólogos que vierem a fazer parte do mesmo. Para ela, desde a nossa última entrevista, a sua relação com o HRN está pior, pois sente “total falta de estímulo em relação à psicologia hospitalar nesta unidade de saúde”, afirmando também que não há “mais nenhuma motivação para continuar realizando meu trabalho no hospital”. Em decorrência do grave câncer da sua mãe (câncer ósseo com metástase) e o fato de Bruna estar grávida de 05 meses, voltará a morar em São Paulo (sua cidade natal) para apoiar e acompanhar o já iniciado tratamento da sua mãe. Questionada se irá pedir exoneração, Bruna respondeu que ainda não sabe, pois por enquanto irá solicitar junto à Secretaria afastamento para acompanhar sua mãe, licença prêmio (três meses) e licença maternidade, totalizando pelo menos um ano em São Paulo. Após esses períodos, irá decidir o que fazer.

A sala da Psicologia ainda localizava-se no mesmo lugar no qual Soraia foi entrevistada, no entanto, Bruna disse que elas foram informadas pela gerência que em breve haveria mudanças, porém não sabia para onde iria.

Durante a observação e acompanhamento do trabalho de Bruna, notou-se que havia um cartaz fixado em vários setores do HRN intitulado “Na luta por uma enfermagem reconhecida” com as seguintes pautas (transcritas literalmente):

- Valorização dos profissionais de enfermagem;
- Respeito, reconhecimento e valorização dos profissionais de enfermagem por parte dos gestores;
- Criar assistência à saúde para enfermeiros que trabalham na assistência;
- Jornada única de trabalho fixa em 30 horas para enfermagem;

- Insalubridade;
- Condições de trabalho;
- Piso salarial da enfermagem.

É interessante notar que os primeiros itens reivindicados são relativos ao reconhecimento e valorização do profissional (reivindicados duas vezes no cartaz) e o último item refere-se às condições salariais.

No acompanhamento com a Bruna, também pôde-se verificar a alta médica sem o pedido de avaliação psicológica. Quanto a isso, Bruna explicou que é uma prática comum no HRN.

O novo encontro com Soraia ocorreu no dia 13 de junho de 2012 às 9 horas. Assim como no 2º encontro com a psicóloga Bruna, a pesquisadora entrou normalmente no hospital, sem ser questionada ou barrada e sem o uso de crachá. Andou livremente pelos setores do HRN sem problemas. A UTI é o único setor que o acesso não é livre.

Desde o início do mês de junho o Serviço de Psicologia está no setor do “Raio-X” e ao lado da placa “Serviço de Psicologia” está escrito “Cuidado! Atenção radiação ionizante”. Contudo, apesar das placas informando que esse setor é do Raio-X, ele localiza-se temporariamente em outro espaço do HRN.

Um dado importante diz respeito à porta de entrada do setor, que dá acesso ao Serviço. Nessa porta há um cartaz que indica apenas “Raio-X” e toda tentativa de fixar um cartaz informando que Setor de Psicologia está funcionando nesse local, é removido, de acordo com o relato de Soraia. Ela informou também que não sabe se haverá novas mudanças em relação a essa sala, pois é cedida. Nas palavras de Soraia “novamente é um local provisório, pois como não sabem onde será a sala de Psicologia, acabaram colocando no Raio-X porque este espaço ainda não estava sendo utilizado. Estamos aguardando, pois já sabemos que não podemos ficar ali, mas não sabem onde nos colocar”.

Durante o período da observação, Soraia realizou atendimentos na clínica cirúrgica à beira do leito, conversou com familiares no corredor e trocou algumas informações com a equipe de enfermagem. No momento que ia realizar atendimento ao paciente, um técnico de enfermagem chegou para trocar os curativos e Soraia esperou no corredor até o procedimento acabar.

Um dado interessante diz respeito à fala de uma assistente social. A psicóloga Soraia precisou ligar para um número de celular e o telefone do serviço de

Psicologia só faz ligação interna (para ramal do HRN) então dirigiu-se até a sala do Serviço Social para realizar a ligação. Havia três assistentes sociais na sala e ela pediu para usar o telefone. Enquanto discava o número, uma delas questionou: “Onde a sala de vocês está agora?”. Houve risos e Soraia respondeu: “Lá depois daquela porta *cowboy*, no Raio-X”.

A entrevista com Jussara teve que ser remarcada, pois ela estava doente (gripe) e foi realizada dia 28 de junho às 14 horas. No momento do novo convite para a entrevista, Jussara disse: “É, muita coisa mudou desde nossa última conversa. Estamos num local improvisado e não tem mais aquela sala que eu atendia os familiares”.

Assim como nas visitas com Bruna e Soraia, a pesquisadora passou pela recepção do Hospital sem ser questionada, contudo, para entrar na UTI foi necessário tocar a campainha e aguardar um funcionário. Ao explicar que entrevistaria a psicóloga Jussara, um técnico de enfermagem abriu a porta, entregou touca para os cabelos e um jaleco descartável. Após terem passado quase vinte minutos do início da visita, o chefe da equipe de enfermagem (Rodrigo) entregou uma máscara, dizendo: “Aqui é bom usar. Use”.

A psicóloga informou que a UTI está “provisoriamente e de forma improvisada funcionando nesse espaço enquanto a UTI antiga está em reforma”. Relatou que nesse espaço há apenas sete leitos e na antiga (do período da primeira entrevista) havia dez, o que gerou a necessidade de transferir pacientes para outras UTIS. Com a reforma, a nova UTI contará com dezoito leitos. Diferentemente da sala antiga, nesse espaço não há lugar para atender a família e essa escuta é feita ao lado do leito do paciente.

Durante a visita, o enfermeiro Rodrigo ao ouvir a psicóloga dizendo que há dias que a UTI está em completo silêncio porque todos os pacientes estão entubados ou estão inconscientes, afirmou: “O melhor dia é quando todos os pacientes estão entubados e a UTI fica silenciosa. Paciente bom é aquele que está entubado”. Diante desse comentário, Jussara disse em voz baixa: “Viu? Foi aquilo que te falei da primeira vez. Paciente que não está entubado incomoda a equipe porque fica solicitante e agitado. A equipe não gosta quando tem visita familiar ou até quando estou atendendo, porque pode agitar o paciente. Se agita, eles medicam. Eles também não gostam que mexam no paciente”.

Todos os sete leitos estavam ocupados e havia dois pacientes – do sexo masculino- conscientes. Contudo, Jussara informou que mesmo conscientes era difícil atendê-los uma vez que há oscilação diária do nível de consciência e orientação por conta da medicação e do longo período de internação, como se “todo dia fosse um novo atendimento, porque muitas vezes ele está bom hoje, conversamos, mas amanhã já não está mais”.

Havia um adolescente boliviano de 14 anos, que sofreu um acidente de moto (sem capacete) e teve um traumatismo crânio-encefálico. Estava internado desde 07 de junho e já teve melhora, apesar do estado ainda ser grave. Ainda não é possível avaliar se haverá sequelas cognitivas ou motoras. Jussara disse ter dúvidas se ele compreende o que ela diz e com pacientes bolivianos tem dificuldade para compreender o idioma. Relatou que o adolescente estava com o joelho fraturado, mas ninguém tinha percebido até que durante o banho, ela notou o inchaço no local e informou a equipe. Com o raio-X, houve a confirmação da fratura. A psicóloga complementou dizendo: “É, eles estavam focados e preocupados apenas com a cabeça”.

Havia mais um paciente boliviano em estado grave em decorrência de um acidente vascular cerebral. Outro paciente internado era um jovem de 25 anos que foi atropelado e estava em estado grave, pois o carro atingiu a região abdominal, afetando órgãos vitais. Com a aquisição de uma bactéria necrosante, seu estado de saúde tem se deteriorado com poucas chances de sobrevivência.

Completando os sete leitos, estavam internados e em estado grave: uma mulher com infecção generalizada e um homem adulto que levou dois tiros em uma tentativa de assalto em sua residência.

Com o psicólogo Jorge foram realizadas várias tentativas para marcar um novo encontro, contudo ele não respondeu os e-mails enviados e o seu celular estava constantemente desligado. É possível, pelas informações da entrevista realizada em fevereiro de 2012, que ele tenha viajado para São Paulo com o intuito de realizar novos exames para avaliar seu estado de saúde.

As entrevistas aliadas às observações do processo de trabalho (DEJOURS, 1992) permitiram ampliar a investigação e perceber “in loco” algumas situações relatadas pelos entrevistados, como por exemplo, a falta de espaço adequado para as profissionais, a inexistência de uma equipe multidisciplinar, o atendimento

improvisado, a alta do paciente pelo médico sem a avaliação psicológica e o trabalho fragmentado, na qual cada psicóloga atua de forma solitária.

4.4 SOBRE O TIPO DE PESQUISA

O presente estudo utilizou o método qualitativo, pois objetivou compreender os significados, desejos, crenças, valores e atitudes dos investigados. Nas pesquisas de cunho qualitativo, a interação entre pesquisador e os participantes é essencial, tornando o trabalho de campo fundamental para apreensão dos fenômenos que se deseja conhecer (MINAYO, 2010).

A pesquisa em Psicodinâmica do Trabalho, de caráter qualitativo, privilegia a escuta e o estudo das estratégias defensivas do trabalhador para enfrentar a organização do trabalho e o prazer/sofrimento advindo da atividade laboral (MENDES, 2007). É justamente através dessa compreensão que o presente trabalho se fundamentou: a fala dos psicólogos para a compreensão da dinâmica do sofrimento e prazer que compõem o exercício profissional no hospital.

A pesquisa, para a psicodinâmica, está intrinsecamente relacionada à clínica de trabalho. Privilegia a fala [...]. É um modo de colocar o trabalho em análise, é um processo de revelação e tradução de seus aspectos visíveis e invisíveis, que expressam uma dinâmica particular, inserida numa intersubjetividade própria de cada contexto, e que permite o acesso aos processos de subjetivação, às vivências de prazer-sofrimento, às mediações e ao processo de saúde-adoecimento (MENDES, 2007, p. 65).

O objetivo da pesquisa nessa abordagem é revelar as transformações do trabalho, as contradições, as estratégias defensivas e as relações de poder. O foco do interesse é compreender como o sujeito mobiliza sua subjetividade para se engajar na atividade laboral (MENDES, 2007).

Esta teoria foi escolhida por viabilizar a escuta da psicodinâmica do psicólogo trabalhador em suas vivências de prazer e sofrimento no trabalho em hospital público da região Norte do Brasil.

4.5 SOBRE OS INSTRUMENTOS DE PESQUISA

Do ponto de vista do instrumental da coleta de dados, foram realizadas entrevistas semiestruturadas, pois “o sofrimento no trabalho articula dados relativos à história singular e dados relativos à situação atual”, isto é, ele é influenciado pela dimensão temporal (DEJOURS, 1996, p.131). Para esta investigação, o roteiro foi organizado por meio de questões disparadoras (Apêndice C).

Segundo Minayo (2010), as entrevistas semiestruturadas consistem na técnica mais usada no processo de trabalho de campo, uma vez que permitem a coleta de dados objetivos e subjetivos. Na presente pesquisa, as entrevistas foram realizadas individualmente, pois as precárias condições de trabalho em decorrência da reforma, a inexistência de um trabalho coletivo das psicólogas em exercício no HRN, as atividades realizadas de forma isolada, os horários de trabalho em turnos diferentes e, sobretudo os problemas de relacionamento entre as profissionais psicólogas não permitiram que os dados da presente pesquisa fossem obtidos de forma coletiva.

Contudo, em um levantamento bibliográfico foi possível encontrar várias pesquisas em psicodinâmica do trabalho utilizando-se entrevistas individuais, como: “Prazer e sofrimento de psicólogos no trabalho em empresas privadas” - Dissertação de Mestrado de Patrícia Costa da Silva sob a orientação do prof^oDr^o. Álvaro Roberto Crespo Merlo em 2005; “O Processo de Saúde e Adoecimento dos Professores que atuam em ambiente virtual”, de Lêda Gonçalves de Freitas de 2007 publicado no livro Psicodinâmica do Trabalho: teoria, método e pesquisas, organizado pela prof^a. Dr^a. Ana Magnólia Mendes; “Depressão relacionada aos Distúrbios Osteomusculares no Trabalho Bancário”, de Sandra Regina Ayres Rocha de 2007 publicado no livro Psicodinâmica do Trabalho: teoria, método e pesquisas, organizado pela prof^a. Dr^a. Ana Magnólia Mendes; “O trabalho de líderes religiosos em organizações protestantes neopentecostal e tradicional” de Rogério Rodrigues da Silva de 2007 publicado no livro Psicodinâmica do Trabalho: teoria, método e pesquisas, organizado pela prof^a. Dr^a. Ana Magnólia Mendes; “O trabalho do psicólogo na área organizacional em Manaus: uma análise psicodinâmica”, de Thiago Rodrigues Cavalcante sob a orientação da prof^a. Dr^a. Rosângela Dutra de Moraes em 2009; “Se eu tirar o trabalho, sobra um cantinho que a gente foi deixando ali”: clínica da psicodinâmica do trabalho na atividade de docentes no ensino superior privado”, dissertação de Mestrado de Karine Vanessa Perez sob a orientação do prof^oDr^o. Álvaro Roberto Crespo Merlo de 2012.

Outra estratégia utilizada foi a elaboração de notas de campo, produzidas nos contatos com os entrevistados e mais tarde redigidas e ordenadas. Estas notas abrangem ideias, reflexões e questionamentos que surgiram no decorrer das entrevistas e das visitas ao HRN e que foram consideradas relevantes. De acordo com Triviños (2001), esses dados são importantes fontes de consulta e apoio para a

compreensão das informações, fatos e fenômenos observados durante a pesquisa de campo.

No presente trabalho, pôde-se notar que as perguntas disparadoras estimularam a fala dos entrevistados, possibilitando o estabelecimento de um vínculo de confiança, resultando na livre expressão das ideias, pensamentos e sentimentos dos participantes, uma vez que a pesquisa é:

Uma técnica para coletar dados, centrada na relação pesquisadores-pesquisados e na fala-escuta-fala dos conteúdos manifestos e latentes, sobre a organização do trabalho, as vivências de prazer-sofrimento, as mediações, e os processos de subjetivação e de saúde-adoecimento (MENDES, 2007, p. 69).

Além disso, o estudo levou em consideração as diretrizes apontadas por Mendes (2007) quanto às entrevistas, utilizando técnicas como a associação livre, deflexão e estimulação.

A associação livre refere-se à evocação de conteúdos referentes ao trabalho que não estão necessariamente conscientes. A deflexão é a devolução para o entrevistado de um conteúdo verbalizado, que pode ser repetido do mesmo modo como foi dito ou com algumas variações. O objetivo é levar o sujeito a se escutar, tomando consciência do conteúdo falado, algumas vezes latente, e refletindo sobre sua realidade de modo mais inteligível. A estimulação é uma técnica para facilitar a livre expressão dos trabalhadores, bem como dar sinal de que se está entendendo o que é dito e incentivá-lo a continuar (MENDES, 2007, p. 69-70).

A partir das recomendações da autora, nas entrevistas buscou-se incentivar a fala sobre o trabalho, os sentimentos em relação a ele e as estratégias para enfrentar o cotidiano no trabalho. Em seguida, investigou-se os possíveis impactos da atividade laboral no comportamento e na saúde dos participantes. Outras perguntas foram realizadas baseando-se nas respostas e dentro dos objetivos da presente pesquisa.

Cada trabalhador em sua singularidade pode revelar seu cotidiano de trabalho, tomando como referência seu próprio fazer produtivo e a forma de apropriação desse fazer pela unidade capitalista de produção a que se integra (CODO, SAMPAIO e HITOMI, 1994, p. 80).

Investigou-se também o ambiente de trabalho, ou seja, o contexto hospitalar do HNR, abrangendo: a organização e condições do trabalho, características da atividade, normas, ritmo, ambiente físico, materiais utilizados no trabalho, apoio institucional e as interações profissionais entre colegas.

Abordou-se os sentimentos no trabalho para explorar as vivências de prazer e sofrimento, compreendendo: a descrição dos sentimentos e quais as características do trabalho relacionadas aos sentimentos relatados.

O modo de enfrentar a organização do trabalho através da utilização das estratégias de mediação também foi investigado.

As patologias sociais decorrentes da organização do trabalho, a saúde e os riscos de adoecimento, além de questões específicas relacionadas aos objetivos dos estudos, como o reconhecimento, foram contempladas nas entrevistas.

Dessa forma, as perguntas disparadoras para a presente pesquisa foram previamente elaboradas com o intuito de favorecer a compreensão dos aspectos psicodinâmicos do trabalho do psicólogo no HRN e levaram em consideração as recomendações de Mendes (2007) sobre o roteiro da entrevista. Os resultados obtidos por meio das entrevistas dos participantes serão apresentados na Seção 5, que versará sobre a análise dos dados.

4.6 SOBRE A ANÁLISE DOS DADOS

Os procedimentos de análise deste trabalho seguiram a técnica de análise de conteúdo temática. Sua autora mais importante a define como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 1979, p. 42).

Bardin (1979) ensina que a análise de conteúdo fundamenta-se nos elementos constitutivos do mecanismo clássico da comunicação: a mensagem (significação e o código) e o seu suporte ou canal; por outro, o emissor e o receptor, enquanto pólos de inferência propriamente ditos. O emissor ou produtor da mensagem é um indivíduo ou um grupo de indivíduos e a análise de conteúdo buscará compreender as características de quem fala ou escreve, verificando sua personalidade, comportamento verbal, valores, universo semântico, características psicológicas, entre outras.

Por representar o sujeito, é importante investigar as características da mensagem, pois ela é fonte de informação através de palavras e argumentos. O receptor pode ser um indivíduo ou um grupo de indivíduos e é possível inferir as características deste a partir do que lê ou ouve, como, por exemplo, o conteúdo das propagandas de televisão e sua alteração ao longo da programação diária dependendo do público a que se destina (BARDIN, 1979).

A mensagem é o ponto de partida de qualquer análise. Na análise da mensagem, é possível compreender como a informação é processada, seus códigos, estilo, estrutura de linguagem e outras características do meio pelo qual a mensagem é transmitida. Por fim, o canal que consiste no meio, no instrumento, no suporte material do código (BARDIN, 1979).

A mensagem da comunicação é simbólica. Para entender os significados de um texto, portanto, é preciso levar o contexto em consideração. É preciso considerar, além do conteúdo explícito, o autor, o destinatário e as formas de codificação e transmissão da mensagem (MORAES, 1999, p. 10).

O tema como uma “unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo certos critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura” (BARDIN, 1979, p. 105).

A autora ensina que as entrevistas devem ser delimitadas ao redor de cada tema-objeto, ou seja, tudo o que foi afirmado acerca de cada objeto deve ser transcrito para uma ficha, em qualquer momento da afirmação.

Segundo a autora, é frequente a utilização do tema enquanto unidade de registro para investigar as motivações de opiniões, de atitudes, de valores, de crenças, de tendências. É comum também na compreensão das respostas a questões abertas, entrevistas (não diretivas ou mais estruturadas), individuais ou de grupo, de inquérito ou de psicoterapia, os protocolos de testes, as reuniões de grupos, os psicodramas, as comunicações de massa, dentre outros.

Mendes (2007) comenta que deve ser considerada a rede de significados revelados no conteúdo dos núcleos, que tem expressão em particularidades da linguagem, como, por exemplo, as conjunções (mas, embora, no entanto), os paradoxos, as metáforas, os chistes, entre outras figuras de linguagem, que fazem parte do núcleo de sentido e lhe dão consistência.

A autora recomenda que a análise seja realizada após a leitura geral de cada entrevista e marcação das falas que representam os temas psicológicos/semânticos, classifique e agrupe os temas em núcleos de sentido. Os temas são categorizados pelo critério de semelhança de significado semântico, lógico e psicológico.

As fases da análise de conteúdo se dividem em: 1) na pré-análise; 2) na exploração do material e 3) no tratamento dos resultados, inferência e a interpretação.

A pré-análise consiste em um momento de intuições, objetivando operacionalizar e sistematizar as ideias iniciais, esquematizando um plano de análise preciso para o desenvolvimento das operações sucessivas. Tem como vantagem permitir a introdução de novos procedimentos durante a análise. Nesta etapa devem ser definidos os recortes do texto em unidades comparáveis de categorização para a análise temática e de modalidade de codificação para o registro dos dados (BARDIN, 1979).

Codificar o material significa tratá-lo:

A uma transformação – efetuada segundo regras precisas – dos dados brutos do texto, transformação esta que, por recorte, agregação e enumeração, permite atingir uma representação do conteúdo ou da sua expressão, susceptível de esclarecer o analista acerca das características do texto (BARDIN, 1979, p. 103).

Nesse sentido, a autora reforça que a codificação torna possível o elo entre os dados do texto e a teoria do analista.

Normalmente, a pré-análise tem como metas: a escolha dos documentos que serão analisados, a elaboração de hipóteses e dos objetivos e a definição de indicadores que fundamentarão a interpretação dos materiais coletados.

Bardin (1979) lembra que estas três sub-etapas da pré-análise não obedecem, de forma rígida, a uma ordem cronológica, entretanto estão intimamente inter-relacionadas, uma vez que os objetivos influenciam na escolha de documentos ou, ao contrário, o objetivo só se torna passível de investigação por meio dos documentos disponíveis; os indicadores serão construídos a partir das hipóteses, ou, pelo contrário, as hipóteses serão criadas na presença de certos índices.

A primeira atividade consiste na leitura flutuante, estabelecendo contato com os documentos para análise e aproximando-se do texto na tentativa de que impressões e orientações tomem o pesquisador. De forma gradativa, a leitura vai se transformando, em função das hipóteses emergentes e do embasamento teórico a respeito do material e da possível aplicação das técnicas utilizadas sobre materiais análogos.

Quanto à exploração do material, Minayo (2010) afirma consistir basicamente em classificar categorias, tendo como meta atingir o núcleo de compreensão do texto. Sendo assim, foram estabelecidas temáticas que são expressões ou palavras expressivas em torno das quais se organiza o conteúdo de uma fala. Esse processo de redução do texto às palavras e expressões mais

importantes é uma etapa delicada, uma vez que não há garantias das categorias escolhidas de fato possibilitem uma abordagem densa e rica.

Para Bardin (1979), os resultados brutos devem ser trabalhados de forma a tornarem expressivos e válidos. A partir disso, o pesquisador pode propor inferências e interpretar à luz dos objetivos previstos ou descobrir conteúdos inesperados.

5 - ANÁLISE DOS DADOS

Mediados pelos pressupostos teóricos da Psicodinâmica do Trabalho trazidos na seção 3, esta seção tem por objetivo apresentar e analisar os dados obtidos das entrevistas com os sujeitos da pesquisa e dos registros dos diários de campo.

Conforme Bardin (1979), a análise de conteúdo temática permite a inferência do pesquisador e aqui, além dos dados obtidos através das entrevistas, as observações realizadas nas visitas ao HRN também viabilizaram uma hermenêutica para a análise desse tópico.

Este texto está organizado da seguinte maneira: primeiramente apresentará a formação para a atuação na área hospitalar recebida nos cursos de Psicologia dos entrevistados e as atividades realizadas pelos profissionais que já trabalharam no HRN ou ainda estão exercendo suas atividades no local pesquisado, tomando como referência as pesquisas e autores que tratam da temática da formação *versus* atuação no campo hospitalar.

Em seguida, serão tratadas as percepções dos psicólogos acerca dos fatores geradores de prazer no trabalho do HRN.

Os vários fatores produtores de sofrimento foram distribuídos da seguinte forma: organização e as condições de trabalho, a falta de reconhecimento, o trabalho prescrito *versus* o trabalho real e a falta de conhecimento sobre a atuação do psicólogo.

Posteriormente serão apresentadas a avaliação dos sujeitos participantes da sua saúde e a descrição das estratégias defensivas do ego, buscando articulações com a teoria da Psicodinâmica do Trabalho.

5.1 FORMAÇÃO EM PSICOLOGIA HOSPITALAR

O discurso das entrevistadas **Bruna**, **Soraia** e **Jussara** está em conformidade com as pesquisas realizadas quanto à formação insuficiente e o modelo de atuação clínico no hospital. **Bruna** e **Soraia** contaram que não tiveram a disciplina de psicologia hospitalar e a formação recebida foi clínica. A grade curricular de **Jussara** contemplou a disciplina de psicologia hospitalar, no entanto, não ofereceu atividades práticas e embasamento foi clínico.

A gente sai com essa visão muito clínica da faculdade, de consultório, de atendimento individual. No Hospital você precisa ter uma flexibilidade enorme. Acho que até por isso muitos psicólogos talvez desavisados, como eu, se chocam quando chegam lá porque não tem setting terapêutico (**BRUNA**).

Deixou muito a desejar (**SORAIA**).

Foi tudo novo, porque na faculdade a gente não teve uma disciplina que se aprofundasse na UTI. Eu nunca tinha trabalhado em UTI nem quando eu trabalhava na enfermagem. Foi assustador. Eu recebi o convite, mas eu fiquei protelando pra aceitar (**JUSSARA**).

Vê-se assim que a lacuna na formação acadêmica e a manutenção de um modelo de atuação clínico reforçado pelas instituições formadoras levaram os profissionais a reproduzir práticas sem levar em consideração a especificidade da clientela e da instituição de saúde (ROSA, 2005; CHIATONNE, 2009; DIMENSTEIN, 2001; YAMAMOTO e OLIVEIRA CUNHA, 1998; ANGERAMI-CAMON, 2004; ALMEIDA, 2000).

A psicóloga **Letícia** estagiou em um hospital na época da graduação e acredita que essa experiência permitiu que a mesma se identificasse com o trabalho na UTI.

O meu estágio em Psicologia Hospitalar foi na enfermaria da Pediatria, que tinha uma UTI. Aí imediatamente me identifiquei muito com o trabalho da UTI na Pediatria. Muita coisa pra fazer, muitas possibilidades. E quando eu visitei o espaço do HRN tive a certeza que era lá que realmente eu queria ficar. Foi um pouco da influência do estágio. Ajudou muito. Foi ótimo e me fundamentou bastante (**LETÍCIA**).

É importante citar a orientação teórica dos participantes da pesquisa. **Bruna**, **Letícia** e **Jussara** adotam a abordagem fenomenológica-existencial; **Soraia** utiliza a Psicanálise e **Jorge** relata que utiliza a Comportamental, pois “é a que responde melhor ao ambiente. É mais rápida mesmo em ambulatório. Associada à técnica da hipnose. Tentar fazer uma terapia centrada no cliente, Gestalt ou a minha formação que é junguiana, é impossível”.

Starling (2002) já havia mencionado os diferentes referenciais teóricos que podem ser encontrados dentro da Psicologia Hospitalar, o que evidencia a pluralidade no exercício profissional no HRN, fruto da própria ciência psicológica com sua multiplicidade de metodologias e objetos de estudos. A maioria dos entrevistados expuseram o desejo e até mesmo a tentativa de aprimorar os conhecimentos na área hospitalar, mas muitos foram prejudicados pela dificuldade de deslocamento para realização de cursos fora do Estado e a falta de opção na

cidade em que os participantes da pesquisa residem. Pode-se observar isso na fala de **Bruna**.

Eu não tenho como ficar indo todo o mês pra São Paulo pra fazer o curso. A passagem de avião é muito cara pra ir todo o mês. Há uma carência enorme pra nós. Mestrado é algo que, se eu quiser fazer, vou ter que fazer fora (**BRUNA**).

As entrevistadas **Bruna**, **Soraia**, **Letícia** e **Jussara** não possuem especialização na área hospitalar. **Jussara** está cursando pós-graduação em “Psicologia Clínica”, que provavelmente reforçará seu modelo de atuação clínico. O psicólogo **Jorge** se especializou na área antes de vir morar na cidade. Em decorrência da cirurgia, tem dificuldades para viajar e tenta estabelecer trocas com colegas de profissão.

Eu não tenho como ficar viajando. É uma tortura terrível ficar sentado. Mas fico um pouco na internet e mantenho intercâmbio com os colegas de turma (**JORGE**).

Bruna acredita que seu processo de aprendizagem ocorreu ao ingressar no Hospital, local que não tinha sido sua escolha quando foi aprovada no concurso público da Secretaria de Estado de Saúde em 2006.

Eu não pude escolher na verdade. Na lotação eles me colocaram lá por necessidade da unidade. Eu fui aprender Hospitalar quando eu vim pra cá (**BRUNA**).

Já **Soraia** optou pelo HRN por conta da especialização em saúde mental que estava cursando na época. **Jorge** explicou que foi convidado para exercer suas atividades no HRN em decorrência de sua experiência em gestão.

Letícia escolheu Unidade de Terapia Intensiva desde a aprovação no concurso público.

Foi minha escolha. Na lotação, eu disse que queria ir pra UTI. Aí teve uma reunião com o psicólogo Jorge pra definir quem ia pra onde no hospital e aí era uma divisão que eu não concordava. Então na primeira reunião já atritei com o então coordenador da Psicologia, porque eu queria ir pra UTI. Então argumentando, eu acabei ficando na UTI junto com o outro colega. Depois que eu visitei o espaço eu achava que ali poderia ser o lugar onde meu trabalho poderia ser melhor desenvolvido, em detrimento de todas as outras enfermarias do hospital (**LETÍCIA**).

Esses dados sinalizam que assim como foi apontado por Leite (1997) e Almeida (2000) o Estado, por meio de concursos públicos e contratações, é um dos principais empregadores nos últimos anos e os hospitais atraíram os profissionais pela sua possibilidade de emprego estável, mesmo quando as condições de trabalho não são as consideradas as adequadas. Contudo, apesar de inseridos na saúde

pública, tornando-se parte do Sistema Único de Saúde, permanece a ausência de discussões ainda na graduação sobre o conceito mais ampliado de saúde nos seus aspectos políticos, sociais e econômicos. Pode-se notar pelo relato de **Soraia**.

Na faculdade nunca falaram sobre o Sistema Único de Saúde, o SUS (**SORAIA**).

Questiona-se quais poderiam ser as possíveis consequências da entrada do psicólogo no sistema público de saúde sem a alteração dos modelos teóricos e práticos para fundamentar a sua atuação atendendo às especificidades da demanda?

5.2 A ATUAÇÃO DOS PSICÓLOGOS NO HRN

Para suprir a demanda do Serviço de Psicologia e a falta de profissionais, a psicóloga **Bruna** relatou que começou a contar com a ajuda de funcionárias: senhoras de idade e com a saúde frágil que não poderiam exercer suas atividades na cozinha ou na lavanderia, e ainda não tinham tempo de serviço para aposentadoria. Elas realizavam contação de histórias e levavam brinquedos para as crianças hospitalizadas. Contudo, quando o Serviço de Psicologia ficou sem a sala, as atividades com essas senhoras foram interrompidas e os materiais doados. Sem essa sala, **Bruna** teve também que desativar o Núcleo de Atenção ao Trabalhador (NAST), de sua responsabilidade desde a saída de Jorge.

Desde fevereiro de 2011 (primeira entrevista com **Bruna**) houve algumas mudanças significativas com a chegada de novos estagiários de Psicologia, possibilitando o aumento dos atendimentos à demanda do Serviço. Os acadêmicos realizam o processo de triagem e acompanhamento dos pacientes nas enfermarias durante o período de internação, com supervisão e material de leitura para o embasamento teórico e discussões dos casos. Segundo o relato de **Bruna**: “Não fazem nenhum atendimento quando se sentem inseguros e sempre me procuram para esclarecimento de dúvidas”.

Quanto às atividades realizadas atualmente (dados da entrevista de maio 2012), Bruna explicou que continua fazendo atendimento à beira do leito, acompanha os treze estagiários que estão em áreas diferentes, auxiliando também gestão em questões burocráticas, tais como o PDUS (Plano de Desenvolvimento das Unidades de Saúde), por ter informações que outros setores não possuem

devido ao tempo em que trabalhou no planejamento. Também está trabalhando na elaboração do Manual do Serviço de Psicologia que servirá para regulamentar o serviço e criar normas e fluxos de atendimento para os novos psicólogos que vierem a fazer parte do HRN.

Faço atendimentos à beira do leito. **(BRUNA)**.

Soraia, no 2º encontro, afirmou que continua realizando as mesmas atividades da época da 1ª entrevista.

Na clínica cirúrgica eu atendo os pacientes internados e seus familiares. E às vezes acabo dando um retorno para a enfermagem. É mais pra enfermagem. Eu acabo trabalhando mesmo com aqueles que já estão apresentando algum tipo de problemática emocional. Eu vou atendendo as chamadas das enfermeiras, dos técnicos e dos médicos. O atendimento é no próprio leito. Em alguns casos, com a família junto com serviço social **(SORAIA)**.

Durante a observação do processo de trabalho, **Soraia** realizou um atendimento no corredor com um familiar de um paciente internado. Explicou depois que é comum familiares a procurarem e geralmente essa escuta é realizada no corredor com funcionários e pacientes em maca passando. O setor que ela está (Clínica Cirúrgica) recebe crianças (geralmente por maus tratos) e adultos, de ambos os sexos. Sua rotina inclui atender primeiramente os casos que já conhece e depois verifica junto ao corpo de enfermagem se há pacientes novos. São realizados diversos atendimentos de curta duração. No momento que **Soraia** ia conversar com um jovem a pedido de sua mãe, um técnico de enfermagem chegou para trocar os curativos e a psicóloga esperou pelo fim do procedimento. Explicou que geralmente por volta das 10 horas da manhã aproveita para conversar com outros profissionais, porque nesse horário os pacientes tomam banho e seus curativos são trocados. Ela decidiu procurar a nutricionista porque estava com dúvidas em relação à alimentação de um paciente e nos dirigimos ao SND (Serviço de Nutrição Dietética), mas como a profissional não foi localizada, fomos para a sala provisória do Serviço de Psicologia e **Soraia** lavou as mãos, sentou para “descansar um pouquinho e comer uma barrinha de cereal”.

A maioria do público de **Jussara** é composta por familiares, devido à gravidade dos casos recebidos na UTI. Relatou a dificuldade para prestar uma assistência à equipe.

O trabalho na UTI é direcionado mais pra família, no entanto, também não deixo de prestar uma assistência ao paciente principalmente quando ele sai do coma. Para a família, qualquer palavra que você leve a eles, qualquer

atenção, eles se sentem gratificados. Com a equipe, eu ainda não consegui fazer um trabalho. Eu percebo que é primeiro a equipe, depois a família e o paciente (**JUSSARA**).

Uma informação interessante dada por **Jussara** diz respeito à variação do nível de consciência e orientação dos pacientes em decorrência da medicação e do tempo de internação, dificultando o estabelecimento de contatos diários. Para ela “É como se todo o dia fosse um novo atendimento, porque muitas vezes ele nem lembra do que conversamos no dia anterior”.

Letícia prestava atendimento aos familiares e pacientes que tinham condições de serem trabalhados.

Eu atendia os familiares e os pacientes que tinham condições de serem atendidos, porque na UTI você está entubado. Dentro do atendimento aos familiares havia uma amplitude de situações, desde comunicar junto com a médica a morte encefálica, procedimento cirúrgico, acompanhar familiares na primeira visita ao paciente justamente quando esse paciente estava entubado. Não tinha uma sala de atendimento específica (**LETÍCIA**).

O psicólogo **Jorge** relatou que em 2000 assumiu a chefia de Recursos Humanos, atendendo funcionários no Núcleo de atendimento ao servidor. Percebeu um número significativo de adoecimento nos colegas.

Comecei a desenvolver pesquisas com os diversos profissionais sobre o quanto estavam estressados e para nossa surpresa 95% dos funcionários além de doenças como diabetes, hipertensão arterial estavam altamente estressados. Quantos colegas, não só psicólogos, do porteiro ao médico ficaram loucos, aposentados compulsoriamente? E isso também faz a gente refletir sobre as pessoas que estão no dia a dia com você e que estão sofrendo. São pessoas que se envolvem no trabalho e de repente morreram (**JORGE**).

Bruna relatou, na 1ª entrevista, que por conta do número reduzido de psicólogos montaram uma escala de plantão para atender a demanda do Hospital, não ficando mais apenas em um setor específico da Unidade, realizando os atendimentos a pedido do médico ou do enfermeiro:

Só nós duas lá³, atendendo por solicitação de cada lugar, não funcionou. [...] Nós tivemos que parar com os grupos. [...] Nós paramos com todo o trabalho voluntário. O núcleo do servidor foi desativado. Ficou apenas a sala da Psicologia, que depois virou um repouso e aí nós voltamos como era em 2006. Quando nós chegamos só tinham dois psicólogos, sem sala pra atendimento, sem espaço. Tem que atender nas enfermarias segurando a bolsa (**BRUNA**).

Entretanto, as participantes do estudo perceberam que o trabalho poderia ser melhor desenvolvido estando apenas em um setor:

³ Bruna refere-se à época que no HRN só havia ela e Soraia de psicólogas.

Chega. Eu não vou mais ficar pulando de galho em galho. Eu vou tentar fazer alguma coisa bem feita em um setor (**BRUNA**).

Eu atendo nas enfermarias. Em alguns momentos, outros locais me chamam. Mas eu não tenho como dar conta de tudo. Um caso ou outro eu vejo, mas senão eu não faço nem o trabalho lá nem cá. Mas de vez em quando eu acabo atendendo tentativa de suicídio ou maus tratos contra crianças. É mais para apagar incêndio (**SORAIA**).

Só na UTI. A proposta era que quem ficasse na UTI, ficaria só na UTI. Depois de um tempo, os profissionais foram saindo e a demanda lá embaixo (enfermarias) estava toda pra ser atendida. Aí sugeriram que eu ficasse na UTI e em mais uma enfermaria. E aí eu acho que é um absurdo. O trabalho na UTI já é extenso demais, tenso demais, te envolve demais em todos os sentidos. É impossível ficar atendendo uma demanda pra cumprir tabela pra dizer que no hospital tem psicólogo (**LETÍCIA**).

Às vezes vou para as enfermarias. Não é um trabalho direcionado. Teria que ter uma pessoa só pra atender lá, mas não tem. Mas não é um trabalho estruturado (**JUSSARA**).

É possível observar a situação emergencial-circunstancial descrita por Leite (1997), na qual o profissional é convocado a resolver várias situações de crise com demandas diversificadas. Interessante notar que **Soraia** menciona a função de apagar incêndio assim como Silveira (2010). O problema nesse caso é que a solução das crises dificulta o esclarecimento do papel do psicólogo e da identificação das necessidades particulares dos pacientes e do hospital. O psicólogo, nesse lugar, assemelha-se ao médico e ao enfermeiro, atendendo prontamente os casos considerados mais graves, podendo tornar esses atendimentos superficiais. O relato de **Bruna** também sinaliza para isso:

Eles não querem saber se você tem atendimento pra fazer. Se surgir um atendimento em outro setor, você é obrigado a largar tudo o que você está fazendo e ir atender. A cobrança é pra atender os pepinos, quando surge algum problema. Essa cobrança existe (**BRUNA**).

Uma questão importante a ser levantada diz respeito aos estagiários e ao número reduzido de profissionais. Esses estagiários não são contratados pelo HRN; são estudantes de Psicologia não remunerados. A tentativa de atender todas as demandas (seja porque o psicólogo fica em vários setores, seja pelo trabalho de estagiários) pode tamponar a necessidade de contratação de novos psicólogos.

Diante do exposto, a análise das atividades descritas pelos entrevistados e os referenciais teórico-práticos mencionados na dissertação apontam para uma visão da Psicologia no Hospital com predomínio da abordagem clínica à beira do leito.

Contudo, fica difícil afirmar que os psicólogos do HRN realizam psicoterapia breve, pois os atendimentos duravam em média 10 minutos, muitas vezes sem poder dar continuidade por conta da alta médica, que não é discutida com o psicólogo. No caso de **Jussara**, por exemplo, como poderia ser nomeado o tipo de atenção prestada se ela não sabe se o paciente a entende e frequentemente ela não os entende por conta de estarem entubados ou serem bolivianos? O que dizer de **Soraia** que relatou que muitas vezes o tempo de internação do paciente dura um dia?

Um dado importante a ser destacado refere-se ao fato de que quando perguntadas sobre as atividades realizadas, nenhuma delas mencionou “psicoterapia breve”. Para explicar suas práticas, utilizavam o termo “atendimento”.

É pertinente lembrar as considerações de Angerami-Camon sobre as diferenças entre os objetivos e o setting da psicoterapia e da Psicologia hospitalar. No primeiro caso, busca levar o paciente ao autoconhecimento e autocrescimento. Diferentemente em um hospital, busca-se a minimização do sofrimento decorrente da hospitalização e dos impactos na família e a discussão de aspectos emocionais nos quadros clínicos com a equipe. Quanto ao setting terapêutico, o psicoterapeuta no consultório define as normas, diretrizes, horários, pagamento e geralmente não há interrupções durante as sessões. No ambiente hospitalar, o setting é flexibilizado e frequentemente os atendimentos são interrompidos pela equipe, como foi observado nas visitas com **Bruna, Soraia e Jussara**.

Todas essas questões, do uso de diferentes recursos teóricos, da pluralidade da ciência psicologia e da multiplicidade de práticas em Psicologia Hospitalar, dificultam uma definição da identidade profissional, que torna-se um trabalhador polivalente tendo que ser capaz de dar conta de diferentes tarefas no HRN.

5.3 ASPECTOS PRAZEROSOS NO HOSPITAL

O prazer nas atividades laborais, corresponde em termos econômicos [...] à “descarga de energia psíquica que a tarefa autoriza” (DEJOURS, 2009a, p. 24). Vários participantes da pesquisa mencionaram o reconhecimento como fonte de prazer no trabalho, pois se sentem úteis e valorizados.

5.3.1 O reconhecimento por parte do paciente e da família

O reconhecimento desempenha um importante papel no destino do sofrimento no trabalho e na possibilidade de transformá-lo em prazer (DEJOURS, 2007). No caso da pesquisa com os psicólogos do HRN, o prazer decorrente do reconhecimento do paciente é mencionado:

Por menor que seja o teu trabalho, para o paciente é bom. Ele tem repercussão no paciente (**BRUNA**).

Eu gosto do contato com o usuário. Eu gosto do atendimento direto. Eu gosto do fazer clínico e aqui tem como fazer. A valorização do usuário em relação ao meu trabalho conta muito pra mim. A valorização das pessoas. Quando eu vejo que o meu trabalho fez diferença na vida daquela pessoa. Isso pra mim conta mais (**SORAIA**).

O reconhecimento vem, em todos os sentidos, dos pacientes, dos familiares. O trabalho era ligado muito mais a prazer. Tive muitas recompensas, grandes recompensas. Eu não ficaria se eu não sentisse. Nunca saí mal de lá não. Eu sinto que foi um trabalho bacana. Enquanto psicóloga, eu me sentia assim bem realizada (**LETÍCIA**).

O que mais me dá alegria a gratidão do paciente quando recebe alta. Isso significa que o trabalho valeu a pena não só pra mim, mas pra toda equipe (**JUSSARA**).

A entrevistada **Letícia** mencionou a gratidão de um paciente terminal como um evento marcante na UTI.

Teve um paciente que sabia que ia morrer. Era um câncer terminal e ele falava abertamente da morte. Um dia ele falou assim “você não sabe o bem que você me faz”. Eu não sabia mesmo não. E aí ele morreu no outro dia. No dia seguinte tinha um buquê de flores na UTI pra mim. Dava um livro, uma coleção de pequenas situações de você dizer “que bom que eu estava ali. Que bom que eu pude oferecer isso. Que bom que pude ser profissional suficiente pra acolher tudo isso”. (**LETÍCIA**).

O reconhecimento da família pelo trabalho prestado pelo psicólogo também foi citado como fonte de prazer.

O retorno da família. Quando a família liga e te agradece. Isso me motiva. Me sinto gratificada também por estar numa ambiente que eu posso proporcionar o contato da família com o seu parente de uma forma mais humanizada. Você vê o agradecimento da família em relação a você (**JUSSARA**).

O reconhecimento por parte da equipe foi mencionado apenas por **Letícia**:

Lá é uma equipe mesmo, funciona. Eles tentam fazer o melhor e se dedicam. Eles percebem o papel da Psicologia. Depois que eu saí, encontro com eles. Eu voltaria com certeza, pra trabalhar com aquela equipe. (**LETÍCIA**).

A psicóloga **Letícia** contou um episódio marcante, no qual seus registros no prontuário de um paciente evitaram problemas para equipe, o que gerou sentimentos de valorização e satisfação na entrevistada.

Um dia a médica veio dizer pra mim “Estamos enfrentando um processo”. Aí fomos resgatar os prontuários do paciente e aí a médica veio disse: “Letícia, você salvou a gente. No prontuário estava registrado que você prestou suporte à família junto com a médica no momento da notícia da morte encefálica dessa criança”. Nem a médica tinha registrado. Só eu. A família tinha questionado justamente isso: que eles não sabiam que a criança já estava com morte cerebral. Caramba, meu trabalho fez diferença (**LETÍCIA**).

Bruna e **Soraia** não identificaram outras fontes de prazer decorrente no trabalho além do reconhecimento do paciente e da família.

Não tem. Nenhuma. Só o atendimento mesmo. O que me alimenta e o próprio usuário (**SORAIA**).

O atendimento é bacana. Quando estou atendendo, eu gosto. Se eu pudesse entrar, atender os pacientes e ir embora eu ficaria (**BRUNA**).

Ao trabalhar o homem modifica a natureza e ao modificá-la, ele transforma a si mesmo. O trabalho como portador da subjetividade, abre espaço para o reconhecimento de si e é essencial para a constituição da identidade. O trabalho de **Letícia** propiciou mudanças pessoais decorrentes das experiências ligadas fundamentalmente ao prazer como vê-se no fragmento do discurso a seguir:

Foram muitas emoções. Eu lembro de coisas que ainda hoje me emocionam. Eu agradeço muito o trabalho da UTI. Eu acho que eu entrei uma pessoa, uma profissional e saí outra. Eu não tenho dúvidas que eu melhorei e mudei com as pessoas enquanto profissional (**LETÍCIA**).

A quebra da normativa, embora não mencionada pelas participantes, pode ser inferido através dos discursos das psicólogas do HRN. No caso de **Letícia** e **Jussara**, estender o horário de visita gera bem estar na família e no paciente, melhorando o seu quadro clínico. Apesar das restrições quanto ao uso de brinquedos para as crianças nas enfermeiras, **Bruna** montou o Serviço e recebeu orientação da Comissão de Infecção Hospitalar. O lúdico produziu efeitos positivos nas crianças internadas e passou a ser solicitado pela equipe de enfermagem.

5.4 ASPECTOS DE SOFRIMENTO NO TRABALHO

O sofrimento para a teoria Dejouriana começa quando o trabalhador não consegue mais dialogar com a organização do trabalho e pode ser percebida por sentimentos como insatisfação, impotência diante das incertezas, frustração,

inquietação, angústia, tristeza, agressividade, impotência para promover mudança, desgaste, desestímulo, desânimo, desgaste físico, emocional, desvalorização, culpa, tensão e raiva (MENDES e MORRONE, 2010).

A PDT identifica vários fatores produtores de sofrimento, portanto, nesse momento serão evidenciados aqueles mencionados pelos participantes da pesquisa no HRN e abrangem a organização, as condições de trabalho, a falta de reconhecimento, o trabalho prescrito *versus* o trabalho real e a falta de conhecimento sobre a atuação do psicólogo. O quadro 1 traz uma síntese dos resultados obtidos das vivências de sofrimento.

Quadro 1 – Vivências de sofrimento no trabalho de psicólogos do HRN

Organização do Trabalho
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Os relacionamentos: com os pares e colegas não-psicólogos ▪ Trabalho solitário ▪ Constantes mudanças de Gestão (para Bruna) ▪ Trabalho Prescrito versus Trabalho Real (gerador de sofrimento, mas também de prazer - pela possibilidade de mobilização subjetiva).
Condições do Trabalho
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Baixos salários ▪ Quadro reduzido de psicólogos ▪ Sala do Serviço de Psicologia ▪ Indisponibilidade de materiais
Falta de reconhecimento da equipe e do HRN
Falta de conhecimento sobre a Psicologia

Fonte: Elaborado pela autora

5.4.1 A organização do trabalho

Um fator importante gerador de sofrimento está relacionado à organização do trabalho, sendo “indubitavelmente, a causa de certas descompensações” (DEJOURS, 1992, p. 120). Essa categoria é composta pelas percepções dos psicólogos quanto ao trabalho em equipe, pela avaliação quanto às normas, burocracia e prontuário.

5.4.1.1 Os relacionamentos: com os pares e colegas não-psicólogos

Este item visa apresentar o relato dos participantes quanto ao trabalho em equipe no HNR, uma vez que apesar de ser fundamental nesses ambientes, constitui-se um desafio e o profissional geralmente encontra resistência. No caso do HRN não há trabalho em equipe entre os psicólogos e nem entre eles e outros profissionais da saúde.

Na primeira reunião, eu já cheguei argumentando a divisão dos profissionais no Hospital. Houve também um desentendimento com a psicóloga **Maria**⁴ em relação a um paciente. Eu não sinto que o serviço de Psicologia foi consolidado por conta de diferenças pessoais, de postura. O colega que ficava na UTI saiu. Eu acho que eu e a **Bruna** tivemos mais afinidade pela forma de pensar, de agir, de trabalhar. O trabalho era solitário porque não tinha outra profissional na UTI pra trocar nada (**LETÍCIA**).

Com os pares não há trocas (**SORAIA**).

Infelizmente não há trabalho em conjunto. Eu acho que a gente poderia fazer um trabalho melhor. Nós somos poucos, mas acho que dava pra fazer alguma coisa. Prejudica a Psicologia porque as pessoas não veem como um trabalho importante (**JUSSARA**).

Não há trabalho de grupo. Nem discussão de caso. Nada (**BRUNA**).

No começo, quando o pessoal do concurso chegou animado, até tínhamos reuniões e discussões de caso. Ficou uma equipe bem legal. Mas aos poucos os profissionais foram saindo, eu adoeci e agora só tem poucos psicólogos (**JORGE**).

Os colegas de trabalho tem dificuldade em compreender as atribuições do psicólogo. Rosa (2005) e Romano (1999) apontam que um dos fatores que dificulta o trabalho em equipe é a falta de clareza quanto às funções dos diferentes profissionais, principalmente em profissões emergentes como a Psicologia.

O psicólogo é chamado nesses casos em que o paciente não quer comer, não quer a medicação ou está brigando dentro do Hospital. Já me chamaram até pra pedir para o acompanhante sair. Isso não é papel do psicólogo. Essas cobranças inadequadas existem o tempo inteiro. É uma deficiência por não conhecer nosso trabalho e enquanto não tiver profissional suficiente lá pra mostrar o que é o trabalho, eles vão continuar acreditando que o nosso papel é esse (**BRUNA**).

É muito cansativo porque cada local que você tem que mostrar, provar que a Psicologia tem estudo, tem uma base teórica e pode ser útil (**SORAIA**).

⁴ A psicóloga Maria trabalhava no HRN e faleceu em decorrência de um câncer.

A equipe não tinha noção do que uma psicóloga fazia. Então tinha que começar do be-a-bá, dos primeiros passos. Então, era preciso explicar o trabalho pra equipe, fazer reunião, estar junto (**LETÍCIA**).

Aqueles que não conhecem o que é a psicologia acham que o psicólogo com 5 minutos já resolveu o problema, já acalmou. Não levam em conta a subjetividade do indivíduo. Ele está entubado e aí eles querem que você vá lá e resolva a ansiedade (**JUSSARA**).

No começo foi bem difícil principalmente pela equipe de enfermagem. Eram resistentes. O que essa psicóloga vai fazer? A minha postura era de facilitar ao máximo a visita do familiar na UTI e isso gerou uma resistência no começo (**LETÍCIA**).

Letícia relatou que apesar de se deparar com a resistência dos profissionais, progressivamente conseguiu inserir-se na equipe e considera que havia o trabalho em equipe na UTI:

Eu pude ficar muito próxima à equipe. Com o tempo já sabia qual era a minha função. Então o que dissesse respeito ao familiar e que era possível de participar, a equipe me convidava, pra tudo, todo comunicado, comunicado de alta, de óbito, então era bem bacana (**LETÍCIA**).

Letícia disse que havia uma rotina de trabalho e não era necessário que outro profissional encaminhasse casos para ela:

Não precisava de um encaminhamento. Já havia uma rotina. Eu recebia o familiar, me apresentava, fazendo o acolhimento. Era assim natural, cada um tinha uma noção grande (**LETÍCIA**).

Quanto ao trabalho conjunto entre **Letícia** e **Roberto** na UTI, a psicóloga explicou que:

Foi um pouco conflituoso. A gente tinha uma diferença na forma de atuar e aí ele ficou pouco tempo na UTI (**LETÍCIA**).

No acompanhamento realizado dia 13 de junho de 2012 com **Soraia**, foi explicado que geralmente os encaminhamentos são feitos pela equipe de enfermagem, pela solicitação do paciente ou familiar e raramente pelo médico, apenas em casos de suspeita de transtorno mental. É importante lembrar que já na 1ª entrevista afirmou que “não há um trabalho em conjunto. O trabalho é muito solitário”, sinalizando que a situação não mudou.

Jussara descreveu que sente resistência da equipe em relação à Psicologia, narrando que “Eles ainda estão muito armados em relação a mim porque eu sou uma integrante nova na UTI”.

A princípio eu me senti acolhida quando eu comecei porque são pessoas que já trabalhavam comigo em outros setores. No entanto, tinha aqueles que eu não tinha contato. A equipe é boa, eu gosto, no entanto, existe conflito entre eles. Existe de achar que seu trabalho é melhor que o do

outro. Ela acolhe, você só precisa ter cuidado com o que você fala pra eles. Porque de alguma forma eles estão te avaliando (**JUSSARA**).

No 2º encontro com a psicóloga, reafirmou o que havia dito na 1ª entrevista sobre a equipe não gostar que agitem os pacientes e que gostam do silêncio, dizendo: “Não é um contrassenso eu dizer isso? A equipe da UTI não gosta de paciente solicitante. Incomoda”.

O questionamento quanto à forma de trabalho do médico apareceu no discurso das entrevistadas do HRN.

As prescrições são feitas às vezes até um dia antes. Aí os médicos assinam a prescrição e vão embora. Ele não fica muito tempo na enfermaria (**BRUNA**).

Muitos médicos só realizam visita e eu não vou ficar correndo atrás. Eu acho que não é esse o papel da Psicologia. Poucos médicos pedem avaliação e os que pedem, são sempre os mesmos. O médico resolve tudo. Ainda é muito centrada no médico. Muito não, totalmente centrado no médico (**SORAIA**).

É um ambiente que empodera o profissional porque na UTI são pacientes graves e só lida com paciente grave quem tem uma experiência ou um conhecimento maior e isso empodera da pessoa da limpeza ao médico. O médico é o senhor de todas as coisas. É ele quem determina. Ele diz quando começou, quando acaba. Não são todos, mas alguns acham que um trabalho é melhor do que o dos outros. Existe sim uma hierarquia lá dentro e bem estabelecida (**JUSSARA**).

A vivência da psicóloga **Letícia** quanto à postura do médico na UTI é diferente de **Jussara**.

Com relação à equipe médica, fui extremamente acolhida enquanto profissional. Valorizada mesmo como profissional. Mas pra família, o médico era tudo. Talvez pelas características dos profissionais que estavam ali, profissionais acessíveis, muito comprometidos, diálogo aberto. Consegui trabalhar com uma equipe de médicos muito bacanas, até com o médico mais antigo. Eu ficava muito à vontade pra falar o que eu achava. Eu acho que é uma questão muito de empoderamento, da condição que você se coloca (**LETÍCIA**).

No que concerne a essa questão do empoderamento mencionado por **Letícia**, o psicólogo **Jorge** buscava estabelecer relacionamentos igualitários com o médico.

Tive que estudar muito. Se eles falarem um termo simples pra você e você não entender, você está fora. Pelo menos aqui é assim. Muitas vezes chegava em casa cansado e ia pro computador estudar clínica médica e clínica cirúrgica pra poder argumentar com os colegas. Quando o serviço de psicologia foi montado no hospital, eu falei “aqueles que não estudarem, serão excluídos”. Aquele que não corresponder às expectativas do médico está fora (**JORGE**).

A linguagem utilizada pelo médico foi mencionada pela participante **Jussara**.

Eu falo para o doutor usar uma linguagem mais acessível. Às vezes, eles usam termos tão específicos que a família acha que o familiar está com mais alguma doença, ou piorou. Acompanho as visitas e verifico se a família está compreendendo o que o médico explicou (**JUSSARA**).

É importante refletir sobre poder que permeia as relações no HRN. Vê-se que assim como Fossi e Guareschi (2004) e Angerami-Camon (2004) assinalaram, os médicos ocupam um lugar de prestígio e poder no local pesquisado, inclusive na utilização de uma linguagem técnica que dificulta a compreensão dos leigos e do psicólogo, o que mais uma vez evidencia uma relação de poder, gerando inibição e idealização dos pacientes frente a esse profissional.

A equipe multidisciplinar é um objetivo futuro da prática hospitalar. No caso do HRN, pode-se elencar alguns fatores que dificultam o alcance desse objetivo: número insuficiente de psicólogos que impede a discussão de casos, a falta de compreensão a respeito das funções do psicólogo, relações desiguais com o médico ocupando um lugar de prestígio e a falta do reconhecimento da interferência dos aspectos emocionais nos quadros clínicos. Esses obstáculos também foram observados numa pesquisa realizada por Rosa (2005) e indicados por Angerami-Camon (2004).

O desconhecimento do papel do psicólogo configurou-se como uma categoria específica de análise, pois gera sofrimento nas psicólogas que atuam no HRN. A pesquisa de Rosa (2005) identificou que os profissionais de Enfermagem reconhecem as funções do psicólogo e valorizam a sua atuação. No HRN pode-se supor que há uma maior compreensão das contribuições do psicólogo pela equipe de enfermagem, uma vez que são os profissionais que mais encaminham pacientes. Na pesquisa de Wallig e Souza Filho (2007) verificou-se que os médicos desconhecem a ciência psicológica, considerando o acompanhamento psicológico desnecessário para pacientes que não apresentem comportamentos considerados não prioritários para o atendimento à saúde. Supõe-se que isso pode influenciar o número menor de encaminhamentos e a ausência de discussão de casos.

O modelo biomédico de atenção à saúde também pode estar relacionado à falta de trabalho em equipe. Como exemplo, cita-se a fratura não diagnosticada no joelho do paciente internado na UTI, pois nas palavras de **Jussara**: “Eles estavam focados e preocupados apenas com a cabeça”. Assim como no trecho da fala de **Soraia**: “No hospital, eles são muito focados na questão física”. Com esse modelo predominando nas ações dos profissionais, não há espaço para o sofrimento e

adoecimento psíquico. O foco é a cura do corpo, da soma, do biológico. Esse fato também fica evidenciado pela fala do enfermeiro Rodrigo durante a visita à UTI, quando menciona que “paciente bom é aquele entubado”.

Novamente surge a questão da ambiguidade de papéis do psicólogo, que gera dificuldades na definição de sua identidade e também produz dificuldades na própria equipe nessa definição.

Para Angerami-Camon (2004), Chiattonne (2009) e Rosa (2005) é de responsabilidade do psicólogo conquistar seu campo de atuação profissional. A inserção efetiva do psicólogo na equipe, de acordo com Fossi e Guareschi (2004), pode alterar a ordem estabelecida da cura somente pelo aspecto orgânico, o que proporcionaria mudanças na dinâmica do atendimento ao paciente e à família.

As atividades das entrevistadas em exercício no HRN (**Bruna, Soraia e Jussara**) são solitárias e, portanto as vivências de prazer e sofrimento são experienciadas na individualidade em um “gozo solitário” (BIRMAN, 2009, p. 298). As psicólogas do HRN não formam um grupo, pois não há uma ação comum, projeto ou a tarefa a cumprir, exercendo suas atividades de forma independente umas das outras.

Isso nos leva às contribuições de Dejours, pois o trabalho taylorizado do hospital gera divisões e não pontos de união entre os indivíduos.

Mesmo se eles partilham coletivamente da vivência do local de trabalho, do barulho, da cadência e da disciplina, o fato é que, pela própria estrutura dessa organização do trabalho, os operários são confrontados um por um, individualmente e na solidão, às violências da produtividade (DEJOURS, 1992, p. 39).

A fragilidade do coletivo é desejada, mantida e estimulada pelas Instituições, pois “uma vez desmantelada a coletividade operária [...] não restam senão corpos isolados e dóceis, desprovidos de toda iniciativa” (DEJOURS, 1992, p. 42).

Os impactos da gestão da organização do trabalho nas entrevistadas são sentidos e percebidos de forma diferenciadas. Enquanto que para **Bruna** as inúmeras trocas de gestão afetaram sua relação com o trabalho, os outros participantes não mencionam o fato como gerador de sofrimento. Como portador de uma história singular, cada trabalhador sentirá de forma distinta os impactos do trabalho na saúde.

É um processo de desconstrução. Como se tudo o que tivesse sido feito até ali não valesse. Aí o gestor que entra vem propondo muitas mudanças, mas

não respeitando muitas vezes todo o trabalho que já vinha sendo elaborado. É desgastante. (**BRUNA**).

As mudanças de gestão levaram **Bruna** a perder a esperança de que algo pudesse ser feito:

Você passa a não acreditar mais no serviço. Eu tive praticamente um diretor do hospital por ano e sempre nesse processo: não, agora vai ser diferente, agora isso aqui vai funcionar. Nós vamos fazer dar certo. Como se todo mundo que estivesse lá, nunca tivesse trabalhado. [...] Essa repetição cansa. Você começa a não acreditar mais no seu trabalho. [...] Não me peça pra retomar nada porque já retomei isso três, quatro vezes e eu não vou fazer isso mais (**BRUNA**).

Bruna informou, na 2ª entrevista, que não houve trocas de gestão, contudo a atual gerência ainda está no cargo interinamente.

É importante destacar que a falta de esperança de que algo vá mudar é mencionado por Dejours como fonte de sofrimento. Para o teórico, a saúde é justamente a possibilidade do sujeito poder viver e realizar suas ações, baseado na esperança e no desejo (DEJOURS, 1986). A falta de desejo e esperança pode levar o trabalhador ao adoecimento, a parar de trabalhar, desistir ou pedir transferência, como no caso de **Bruna**.

[...] Como eu não acredito mais que eu possa oferecer um atendimento de qualidade, eu perdi a motivação pra trabalhar ali dentro [...] Eles estão segurando a minha transferência e eu não consigo ir trabalhar. Não há quem me faça entrar lá (**BRUNA**, na 1ª entrevista).

Para Clot (2010) o que leva os trabalhadores ao sofrimento e ao adoecimento é atividade impedida. É desejar trabalhar e não poder. Com Dejours (2007) poder-se-ia denominar como “pressão para trabalhar mal”, uma vez que para as psicólogas o trabalho não é executado da forma que acreditam por obstáculos da própria Instituição, como a falta do trabalho em equipe, o número reduzido de profissionais, inexistência de sala e materiais.

Quando eu cheguei no HRN, estava muito motivada, até porque era um lugar novo e havia a possibilidade de implantar um Serviço de Psicologia Hospitalar e achei isso muito bacana, mas com o tempo, as mudanças, a desvalorização, a perda da sala, da minibiblioteca [...] Eu não quero mais (**BRUNA**).

Os relatos de **Bruna** e **Soraia** demonstram o sofrimento pela atividade impedida.

Sozinha, eu não tenho como montar o Serviço de Psicologia como eu sei que tem que ser. Isso é ruim. É angustiante (**SORAIA**).

Eu não me sinto satisfeita porque eu vejo o quanto poderia ser diferente. É muito ruim você fazer um trabalho que não é da forma como você acha que deveria (**BRUNA**).

As contribuições de Bendassolli (2011, p. 84) ao afirmar que “é o sujeito da ação que adoece no trabalho, sujeito impedido de “passar ao ato”, de agir, de transformar o objeto da atividade conforme suas pré-ocupações, ou seja, desejos, objetivos, motivos” pode ser relacionada ao período anterior que culminou no adoecimento do psicólogo **Jorge**.

Trabalho desde 1981 na área hospitalar então foi um tempo bastante considerável pra gente sofrer bastante porque quando você chegava a estabelecer um vínculo com o paciente, quando você voltava no dia seguinte pra atendê-lo, ele já tinha recebido alta sem que o colega médico te avisasse. Isso me frustrava terrivelmente porque você nem chegava a desenvolver um trabalho com o paciente e quando estabelecia o vínculo, quando você chegava lá, cadê o paciente? (**JORGE**).

A alta do médico sem a discussão do caso com **Jorge** não permitia a realização da atividade como ele desejava, ou seja, era impedido de prestar o serviço conforme acreditava, preparando o paciente para a alta e para lidar com a sua nova condição de vida, pois muitos pacientes atendidos nas clínicas cirúrgicas sofrem amputação de membros ou precisam enfrentar uma variedade de sequelas cognitivas, motoras e emocionais no período pós-alta.

Contudo, **Jorge** apresenta uma contradição no seu discurso. Primeiramente afirma que estabelecia vínculos com o paciente e o rompimento dessa relação era fonte de sofrimento. Com a chegada dos psicólogos concursados em 2006 argumenta que aconselhou a não formação de vínculos e o desenvolvimento de terapias breves por conta do período curto de hospitalização de determinados pacientes.

Não criem vínculos com paciente. Você vai sofrer. Mas parece que não me ouviram (**JORGE**).

O não estabelecimento de vínculos é uma tarefa difícil, pois o trabalho do psicólogo é baseado em cuidado, interação e afetividade (trabalho imaterial). Essa questão do trabalho imaterial, ou seja, um trabalho que não gera um produto palpável nem quantificável pode ser observado na fala da psicóloga **Jussara**.

Sinto angústia porque eu percebo que nem sempre aquilo que eu faço dá resultado. A Psicologia é uma área que as pessoas não valorizam tanto talvez por não fazer um trabalho direto. O resultado não é imediato então acaba sendo desvalorizado (**JUSSARA**).

Codo (1994) já havia abordado essa questão, denominando esses sujeitos como trabalhadores sem produto. A ausência do produto leva, conseqüentemente, à

impossibilidade do reconhecimento de si mesmo e do mundo. O reconhecimento, como fonte de prazer e sofrimento, será trabalhado em um item específico do presente trabalho, pois ocupa um lugar privilegiado na PDT como também na fala dos participantes da pesquisa.

A ausência do produto também gera incertezas no trabalhador quanto ao seu desempenho, pois parte dele permanece encoberta, tendendo à invisibilidade e reservado ao âmbito do privado (ARENDT, 2007; GIDDENS, 2002). Justamente em uma sociedade do espetáculo que valoriza a *performance*. Percebe-se no fragmento da narrativa de **Jorge** a dificuldade em avaliar a qualidade do seu trabalho.

Eu comecei a perceber que o meu trabalho era muito superficial e isso me causava sofrimento. Eu não tinha como saber se meu trabalho estava fazendo sentido pro paciente, se fazia diferença pra ele. Desse jeito foi até que eu tive me afastar definitivamente (**JORGE**).

Vê-se assim que a ausência do produto e a consequente invisibilidade do trabalho tornam mais difíceis o reconhecimento. A psicóloga **Soraia** traduz da seguinte forma:

Depois de um dia corrido de trabalho, ainda tenho que ouvir que psicólogo só conversa. Corro pra lá e pra cá o dia todo, mas sou invisível (**SORAIA**).

Um motivo importante que torna a atividade impedida diz respeito a possibilidade de dialogar sobre os critérios de qualidade do trabalho. Discutir sobre o que se considera um trabalho bem realizado é uma condição importante para a saúde no trabalho, considerado como um operador do desenvolvimento psicológico. A ausência desse diálogo produz um sentimento de insignificância nos trabalhadores, pois há o rompimento entre seus desejos e aquilo que são obrigados a realizar por conta das condições oferecidas pela instituição.

Como exemplo, pode-se mencionar forma como Serviço de Psicologia está estruturado – muito diferente da forma como **Bruna** e Soraia acreditam que deveria estar organizado.

Primeiro deveria ter profissionais pra compor o serviço. Um em cada enfermaria, porque o perfil do usuário é bem diferente. Precisaria ter um espaço pra ter atendimento, tanto pode ser orientação familiar, estudo de caso. Atender desde a entrada do paciente, o acompanhamento e a preparação pra alta. Para isso, precisaria ter uma relação interdisciplinar (**SORAIA**).

O psicólogo, na minha visão, precisaria ficar na enfermaria acompanhando todos os pacientes daquela enfermaria. Até pra que ele pudesse ter um contato maior com a equipe da enfermagem, os auxiliares e os técnicos porque eles conseguem diagnosticar muita coisa (**BRUNA**).

Ainda sobre a forma de funcionamento diferente da idealizada pelas participantes, há um fato importante mencionado por **Bruna** e **Soraia** em 2011: o arrombamento do armário com documentos sigilosos dos pacientes. A precarização do trabalho leva ao sofrimento ético – quando o sujeito comete no trabalho atos que condena moralmente, como no fragmento da fala de **Soraia**:

Já tivemos armário, mas não deu certo. O arquivo já foi violado. Eu sei que é antiético, que não pode, mas não temos. Pela norma do Conselho de Psicologia tem que ter armário com chave (**SORAIA**).

Soraia relatou não ter intenção de sair do hospital, porém hesita ao ser questionada sobre o que a mantém trabalhando.

Não penso em sair. O que mantém aqui? Boa pergunta. Eu não sei te responder isso, com toda a sinceridade. O que me veio na cabeça foi que eu já estou adaptada com a problemática daqui (**SORAIA**).

Jussara argumenta que a necessidade de adquirir experiência a mantém trabalhando.

O que eu já aprendi não tem preço (**JUSSARA**).

Os motivos que levaram **Letícia** a solicitar exoneração não estavam ligados ao HRN.

Não estava ligado a nenhum problema da Instituição. Meu marido abriu uma empresa e eu comecei a ajudá-lo e eu acabei tomando conta de maior parte. Ficou difícil conciliar o filho, a UTI e a empresa. E eu tive que optar. Foi difícil. Eu chorei (**LETÍCIA**).

A burocratização e a desorganização do sistema de informações a respeito dos pacientes foram observadas pela psicóloga **Bruna**. O prejuízo ao serviço e ao atendimento dirigido ao paciente é relatado também.

Quando você precisa buscar informações sobre um paciente, você não consegue e isso eu vejo que é falho daqui. Eu consigo perceber que em outras Unidades isso já é mais bem planejado. Uma deficiência no sistema de arquivos traz toda uma complicação para o próprio usuário, por exemplo, nesses casos de violência contra a criança, de abuso contra idosos também. Você conseguiria resgatar muito mais rápida a história se o prontuário fosse único (**BRUNA**).

Meus registros eram no prontuário do paciente. Eu fazia um relatório mensal, mas não por cobrança de produtividade. Era muito mais uma questão de organização minha, pessoal de achar que depois poderiam estar solicitando desses dados e justificar o meu trabalho (**LETÍCIA**).

Tem a ficha de triagem e ficha multiprofissional que fica no prontuário do paciente. Não escrevo a fala do paciente, mas que foi atendido, fica registrado lá. Se fiz atendimento com a família, registro (**JUSSARA**).

Para **Bruna**, a UTI tem uma organização de trabalho mais funcional pela unificação do sistema de informações relativas ao paciente e o trabalho em equipe.

Os profissionais também comparam a organização do trabalho da UTI em relação às enfermarias, o que motivou **Letícia** e **Jussara** na escolha do setor de lotação.

A UTI já não tem essa falha. Os prontuários são impecáveis. Eles conseguem ter um trabalho em equipe porque eles se sentem como equipe. Quando você entra na UTI parece que você está em outro Hospital (**BRUNA**).

É totalmente diferente. Na enfermaria, aquele médico está ali, no outro dia já é outro médico. Aquele residente vem e vai. Na UTI, os plantões são por equipe então você tem uma facilidade de comunicação com essa equipe, você sabe quem é quem. Na enfermaria, me dá impressão de que é algo mais solto. Na UTI, aquela equipe está ali, tem aquele numero de profissionais e estão todos ali naquele espaço, visualmente você está vendo todo mundo. Acho que faz diferença (**LETÍCIA**).

Eu fui pra UTI porque eu queria fazer um trabalho direcionado. Eu não queria nada solto como ocorre nas enfermarias (**JUSSARA**).

No acompanhamento das atividades de **Jussara** na UTI, as observações quanto ao estado geral do paciente foram registradas no prontuário do paciente. Já os aspectos mais sigilosos são guardados em um armário com chave juntamente com a sua roupa, bolsa e livros dentro da sala de repouso.

O longo tempo de internação da UTI pode ser um fator que facilita o registro mais sistemático dos dados e o acompanhamento multidisciplinar dos casos, ainda que **Jussara** por ser integrante nova na UTI esteja em processo de uma inserção mais efetiva na equipe.

As psicólogas concordaram que não há pressão quanto a cumprimento de horário. Em relação à quantidade de atendimentos, há opiniões diferentes:

Na unidade sempre foi tudo muito solto. Nunca teve cobrança por produtividade. Não tem uma norma de quantos atendimentos você tem que fazer (**BRUNA**).

De vez em quando vem, de vez em quando vem. Um dia desses, tinha que ter atender tanto paciente. Mas eu expliquei que não dá. A gente já atende bastante (**SORAIA**).

Não tinha cobrança. Era muito mais por ver o trabalho sendo realizado mesmo, ver o fruto do trabalho do que uma coisa fixa de horário e de produtividade. Não fazia produtividade não. Mas não tinha essa rigidez não. É engraçado eu falar isso, porque umas coisas bem rígidas, fechadas, outras nem tanto. O foco era o bem estar do paciente. Era livre: se eu precisasse ir numa tarde, eu ia à tarde. Já fui à noite (**LETÍCIA**).

Eu me sinto muito livre pra fazer alguma coisa lá dentro. Eu chego no horário. Mas tem dias que eu passo 12h na UTI (**JUSSARA**).

É importante destacar a descrição de **Letícia** e **Jussara** quanto à flexibilidade de horários na UTI. Essa possibilidade de diálogo com a rigidez é um fator protetor contra o sofrimento psíquico.

5.4.1.2 O trabalho Real versus o trabalho Prescrito

A psicodinâmica do trabalho valoriza a distância existente entre o trabalho prescrito e o trabalho real, pois esse espaço permite o prazer pela mobilização da invenção criativa pelos trabalhadores.

[...] Este reajustamento [...] compõe uma parte enigmática do trabalho, aquela que fica irredutivelmente ao cargo dos operadores. Para enfrentar a realidade do trabalho, é necessário mobilizar uma forma de inteligência que convoca o corpo todo – inteligência do corpo – e não apenas o funcionamento cognitivo (LANCMAN e SZNELWAR, 2008, p. 132).

A capacidade criativa dos participantes da pesquisa pôde ser observada, pois além das instruções normativas sobre as atividades no HRN serem, de certa forma, flexíveis, é preciso que sejam criativos para que o trabalho não seja paralisado. Na falta de materiais, compra-se. Se for necessário realizar uma ligação para celular, dirige-se para a sala do Serviço Social. Se não há sala, a bolsa fica no carro e anda-se no HRN com prancheta e folhas em branco. Se não há armário, levam-se as anotações dos pacientes para casa. Esses aspectos também demonstram a precarização do trabalho.

Bruna, por exemplo, em decorrências das inúmeras trocas de gestão tinha sempre que buscar novas atividades, adaptando-se ao modelo de gerenciamento. Suas atividades não eram fixas, prescritas e definidas. A cada nova gestão, tudo mudava.

Eu tive praticamente um diretor do hospital por ano e sempre nesse processo: "Agora vai ser diferente, agora isso aqui vai funcionar. Nós vamos fazer dar certo". Daí vinha com um monte de ideias novas, mandava parar todos os projetos em andamento pra começar tudo de novo. Aí depois você percebe que voltava aonde você já estava antes (**BRUNA**).

Pode-se supor que apesar da inexistência de um trabalho prescrito explícito por parte da Instituição e colegas, há expectativas quanto às atividades que o psicólogo deve executar, por conta do imaginário social sobre esse profissional.

Eu que defini minhas atividades. Mas assim sempre teve aquela marcação em todos os lugares que eu passei pra ser clínico-individual. Mas assim eu batia o pé, porque eu queria trabalhar a família, fazer grupo. Aqui não tinha nada definido (**SORAIA**).

Mesmo com a rigidez da UTI quanto aos horários de visita, as psicólogas **Letícia** e **Jussara** conseguiram negociar com a organização. Contudo, a quebra do que está prescrito, da normativa e da rotina gera críticas:

Eu já consegui estender o horário de visita. Incomoda a equipe. Eu já recebi algumas críticas por causa disso. Eles dizem que tem que ter cuidado, que a UTI é contaminada. Na verdade, não é porque é contaminada, é porque não quer. Se chega uma visita e o paciente está lúcido, por que não deixar ele entrar? Eu acredito que a presença do familiar melhora o quadro dele. Então essas normas, do que pode ou não pode, existem. Choca um pouco a equipe, mas fazer o quê? O paciente precisa (**JUSSARA**).

Eu sofri resistências por querer humanizar e ver humanização no sentido mais amplo, de abrir mais aquele espaço fechado por conta da questão do contágio, da infecção e da limpeza. Era um atendimento extremamente padronizado. Havia uma rigidez. A equipe de enfermagem era muito cobrada por esses procedimentos, pra fazer tudo certo. Então quando eu entrei e falei que essa visita poderia ser de outra forma, o tempo de permanência desse familiar junto ao paciente pode e precisa ser maior, gerou uma resistência. “A psicóloga vai vir aqui propor uma coisa que a gente não faz?” (**LETÍCIA**).

É interessante notar a observação de **Letícia** quanto às cobranças direcionadas à equipe de enfermagem, pois isso também apareceu no discurso de **Jussara**. Para esses profissionais, há uma definição das atividades a serem executadas.

Eu prestava assistência no leito. Existia um prontuário do paciente que eu devia seguir. As medicações, os cuidados, estava tudo escrito ali. Na Psicologia, não. Isso foi assustador porque não tinha nada a ver com o que eu fazia antes (**JUSSARA**).

A ausência de normatização sobre os procedimentos a serem seguidos pelos psicólogos é paradoxal: se por um lado gera uma certa liberdade, também produz a falta de padronização nas ações, rompendo o espírito do corpo coletivo. Nessa perspectiva, o eu se destaca, evidenciando que é o modo como o sujeito trabalha e não o modo como o psicólogo trabalha.

Bruna, por exemplo, já trabalhou em vários setores do HRN, realizando atendimento com crianças e adultos, contando com a ajuda de voluntários e recentemente de estagiários. Tentou implantar o Núcleo de Saúde do Trabalhador que foi desativado com a perda da sala. Vê-se assim que a liberdade da organização nem sempre gera prazer no trabalho.

Eu passei por praticamente todas as Enfermarias. Se chegasse um psicólogo novo, eu saberia descrever cada local de atendimento e até o tipo de atendimento prestado. [...] Depois os psicólogos foram saindo, não contrataram novas pessoas e aí tudo foi se acabando (**BRUNA**).

A disparidade entre o tipo de trabalho que as psicólogas gostariam de executar e o que de fato podem executar é fonte de sofrimento, pois:

Além do atendimento à família e aos pacientes, o meu projeto era que tivesse outro psicólogo para escutar a equipe, para escutar esses profissionais. Não cabia a mim cuidar da equipe, porque eu fazia parte dela. Mas não chegou a acontecer. Eu acho que eu podia ter feito muito mais (**LETÍCIA**).

Eu percebo que é primeiro é equipe, depois a família e o paciente. Porque às vezes você atende a família, dá todo um direcionamento, mas quando essa família entra na unidade se o profissional não se sensibiliza com a dor daquela pessoa, o teu trabalho vai por água abaixo. Essa parte está faltando, mas aí junto com a direção, a gente vai tentar fazer alguma coisa (**JUSSARA**).

Se eu pudesse entrar, atender os pacientes e ir embora eu ficaria. Agora ficar lá tendo que brigar e lutar por algo, conseguir e depois vir outro e tirar [...] Depois vem outro gerente dizendo “Agora você vai ter de novo”. Isso acontecendo o tempo todo é desgastante demais. Isso desmotiva tanto que estou com rejeição ao hospital (**BRUNA**, na 1ª entrevista).

Diante dos fragmentos das entrevistas dos participantes da pesquisa, fica evidente que a situação do HRN é mais uma vez complexa. É o sujeito quem se depara com a realidade e julga se as condições de trabalho dão suporte à execução e se deve ou não obedecer às regras para alcançar os resultados que ele e a instituição esperam.

5.4.2 Condições do trabalho no HRN

Este item refere-se às condições de trabalho oferecidas aos trabalhadores do HRN, abrangendo salário, materiais, higiene e a sala da Psicologia.

Para a entrevistada **Bruna**, a gratificação sobre o salário recebida para exercer suas funções no Hospital não foi suficiente para fazer com que ela permanecesse no local, uma vez que não garantia o prazer no trabalho.

O que acaba às vezes segurando é a gratificação que vem a mais no salário, mas eu não posso ficar aqui porque eu recebo um adicional a mais. (**BRUNA**).

Para **Jorge** o salário do psicólogo atualmente é muito baixo:

Quando eu cheguei na cidade em 1981 era muito melhor. Eu ganhava muito bem na época. Vim morar aqui porque o salário era muito bom. Hoje o psicólogo ganha o que? R\$ 2.000, 2.500 reais por 30 ou 40 horas. Então é muito desvalorizado (**JORGE**).

A psicóloga **Jussara** explicou sua situação em relação ao seu salário na 1ª entrevista.

Isso é até uma situação interessante. Na verdade hoje eu não recebo como psicóloga. Por conta da necessidade do setor e eu também não estava mais satisfeita em ter terminado a faculdade e continuar exercendo a atividade anterior, eu aceitei a proposta pra ir pra UTI. Fizeram promessas pra esse mês que terminou. Então são só promessas. Eu trabalho como psicóloga exerço a função, mas recebo como técnica de enfermagem (**JUSSARA**).

Mesmo decorrido alguns meses, **Jussara** relatou na 2ª entrevista que sua situação salarial não tinha sofrido alterações. Reafirma a importância do salário como sinal de valorização do profissional.

É claro eu sinto essa necessidade de sentir mais valorizada, porque quando você faz um trabalho e é reconhecido até pelo salário, motiva ainda. (**JUSSARA**).

É importante lembrar que para aumentar a renda mensal, **Bruna** e **Soraia** mantêm outros vínculos empregatícios: **Bruna** é professora do curso de Psicologia em uma Faculdade particular e tem consultório. **Soraia** é concursada também pela Prefeitura Municipal da cidade, atendendo em um centro de saúde. O duplo vínculo, muito comum entre os profissionais de saúde, caracteriza-se como uma estratégia de compensação dos baixos salários, podendo levar o trabalhador ao esgotamento físico e mental decorrente da dupla jornada de trabalho e do curto período de reservado ao descanso e lazer.

Quanto aos materiais utilizados na realização das atividades no HRN, as entrevistadas responderam:

Os próprios funcionários começaram a doar revistas, livros. Nós conseguimos montar quase uma mini biblioteca. Como eu precisava atender criança, eu levava desenho e giz de cera (**BRUNA**).

A gente não tem materiais pra trabalhar. A instituição não fornece. Já foi pedido testes, mas eles não compram (**SORAIA**).

Materiais de apoio, como livros, eu compro. Têm formulário e a avaliação psicológica, que são mais objetivos. Às vezes pra fazer uma atividade, usar um lápis ou um material, eu compro (**JUSSARA**).

O espaço físico era muito limpo e organizado. O espaço era bom pra trabalhar. Tinha cadeira, mesa, sala de repouso, sala de alimentação (mini refeitório), chuveiro, papel, armário. Não faltavam condições de trabalho. Tinha tudo (**LETÍCIA**).

O Serviço de Psicologia, assim como outros setores, foi prejudicado em decorrência da reforma. Na época da realização da primeira entrevista em fevereiro de 2011 com **Bruna** - as profissionais não possuíam um espaço. A 1ª entrevista com **Soraia** (outubro de 2011) foi realizada na sala da Psicologia. Contudo, essa sala transformou-se em sala de repouso e atualmente o Serviço de Psicologia está

provisoriamente no Setor do Raio X, ou seja, novas mudanças ocorrerão em relação ao espaço dessas profissionais.

O aviso “Cuidado! Atenção radiação ionizante” na porta da Sala da psicologia reafirmam a improvisação do Serviço. Essa indefinição quanto ao local confirma a desvalorização profissional, de acordo com as participantes da pesquisa.

Nós percebemos a desvalorização da Psicologia porque lutamos durante muito tempo pra ter um espaço e aí conseguimos uma sala e aí o primeiro local que desocupa, se precisa de espaço, é sala da Psicologia. Para eles, a psicologia não precisa de sala porque atende no leito. Aí conseguimos de novo uma sala, pra montar uma brinquedoteca, aí precisavam de um espaço e aí de novo perdemos (**BRUNA**).

Quando precisa de uma sala, primeiro espaço a ser desativado é o espaço da Psicologia. A gente ficou meses sem ter local, ou seja, significa que eu não tenho onde guardar a minha bolsa (**SORAIA**).

Um fato ocorrido em 2011, o arrombamento do armário com documentos sigilosos dos pacientes, merece destaque pela sua gravidade e reação que produziu em **Bruna**.

Pra mim foi o limite do desrespeito com a profissão, porque não se trata nenhum profissional dessa forma. Foi a gota d'água e eu pedi pra sair [...]. Tem também a própria atitude da diretora, que mandou um documento falando que não tinha sido arrombado (**BRUNA**).

É pertinente retomar o questionamento feito pela assistente social à **Soraia**: “Onde a sala de vocês está agora?”, denotando o caráter instável e também degradante das inúmeras mudanças da sala.

Fatores como a importância dirigida a outros profissionais não-psicólogos e o número reduzido de profissionais são apontados como sinais desvalorização:

Há treze assistentes sociais. Porque que eu tenho que ficar com dois psicólogos? Por aí você já vê a discrepância de valorização da profissão. (**BRUNA**, na 1ª entrevista).

O trabalho do assistente social acaba aparecendo mais, é mais objetivo. O que é mais importante? Médico e enfermeiro, que precisam estar ali no dia a dia (**SORAIA**, na 1ª entrevista).

Para o governo a contratação de psicólogo não é prioridade. Prioridade é médico pra atender a população (**JORGE**).

Eu sempre tive a impressão que a psicologia poderia ter direito aos mesmos benefícios que os médicos. Eu sei que eles tinham um monte de benefícios e eu sempre questionava isso (**LETÍCIA**).

O número insuficiente de psicólogos, a inexistência de trabalho em equipe, a precarização das condições de trabalho e a falta de sala e de materiais para a realização das atividades exigem uma maior capacidade de improvisação e

adaptação dos entrevistados e gera insatisfação em relação à assistência prestada ao paciente. Na tentativa de superar esses obstáculos da instituição e o trabalho não ser paralisado, há a mobilização da “inteligência astuciosa” pelo emprego do quebra-galho. No caso de **Bruna**, por exemplo, contou com a participação de senhoras em vias de aposentadoria para ampliar o atendimento às crianças. Quando teve esse serviço desativado, iniciou o processo de orientação dos estagiários aumentar a capacidade dos atendimentos nas enfermarias.

Jussara expôs na 2ª entrevista que dará continuidade às supervisões desses estagiários a pedido de **Bruna**. São estudantes do último ano de graduação e para evitar que suas atividades fossem interrompidas com a saída de **Bruna** do HRN, resolveu orientá-los. O local de atuação desses estudantes será nas Enfermarias.

Jussara também precisa enfrentar os obstáculos gerados pela UTI improvisada. Não há sala para realizar escuta das famílias e esse serviço é prestado na beira do leito do paciente. Contudo, como mesmo afirmaram as entrevistadas, a UTI é mais organizada que as enfermarias, a equipe é mais fixa e isso é um fator positivo no ambiente de trabalho de **Jussara**.

O quebra-galho é fundamental para a negociação com a organização do trabalho. Contudo, implica em riscos e pode gerar mal entendido. Para Dejours e Jayet (2009) o trabalhador precisa se respaldar solicitando autorização.

Para utilizar determinados materiais (comprados ou doados) **Bruna** conversou com a Comissão de Infecção Hospitalar para receber orientações quanto à assepsia.

Antes de montar todo o serviço, eu conversei com o pessoal da Comissão de Infecção Hospitalar para saber o que podia e o que não podia fazer. Pra evitar depois dizer que houve contaminação e eles chamassem atenção. Então os kits das crianças eram individuais e a gente montava separado por causa da infecção hospitalar. A equipe de Enfermagem percebia que as crianças ficavam mais calmas. Aí começaram a solicitar o Serviço (**BRUNA**).

Jussara para lidar com a rigidez das normas da UTI quanto ao horário de visita, conversa com o médico responsável pela UTI para solicitar autorização.

Não falo com outra pessoa ou com médico plantonista, por exemplo. Vou direto para o médico responsável pela UTI. Se o chefe autorizou, os outros que acatem. Bater de frente não vale a pena. Se bater de frente, quem vai sair perdendo sou eu que sou a mais nova e vão dar um jeito pra me tirar de lá. Faço isso porque sei a importância da visita de um familiar para um paciente que está lúcido e a família agradece (**JUSSARA**).

A PDT ensina que o quebra-galho é paradoxal: usá-lo pode levar o trabalhador à punição; contudo, se não fizer uso dele, pode ser acusado de falta de iniciativa. Além disso, possibilita o prazer pelo alcance dos objetivos do trabalho.

A inteligência astuciosa, por meio do uso do quebra-galho, produz reconhecimento. Em ambos os exemplos, **Bruna** e **Jussara** acabam sendo reconhecidas: pelas crianças e pela equipe de Enfermagem no caso de **Bruna**; e dos familiares e pacientes internados na UTI pela possibilidade de visita fora dos horários pré-estabelecidos pela Unidade, no caso de **Jussara** e **Letícia**.

A análise dos relatos das atividades realizadas e também das não-realizadas pelos psicólogos do HRN remete às teorizações de Clot (2006a) sobre o real da atividade, pois para o autor atividade diz respeito não apenas ao que se faz, ao trabalho efetivamente realizado, mas abrange também o que não se faz.

O real da atividade é também aquilo que não se faz, aquilo que não se pôde fazer, aquilo que se busca fazer sem conseguir – os fracassos –, aquilo que se teria querido ou podido fazer, aquilo que se pensa ou que se sonha poder fazer alhures. É preciso acrescentar a isso – o que é um paradoxo frequente – aquilo que se faz para não fazer aquilo que se tem a fazer ou ainda aquilo que se faz sem querer fazer. Sem contar, aquilo que se tem de refazer (CLOT, 2006a, p. 116).

No caso do HRN, as psicólogas citaram vários exemplos que ultrapassam o âmbito da atividade realizada, mencionando os fracassos, que no caso de **Bruna** fica marcado pelas tentativas de implantação do Núcleo de Atenção Trabalhador (NAST), que foi desativado por conta da reforma do HRN e da perda da sala de Psicologia, o cancelamento da recreação infantil pelas senhoras de idade e as mudanças de gestão que tornava necessária uma constante capacidade de adaptação para iniciar novas atividades ou retomar as antigas.

No caso de **Jussara**, seu objetivo na UTI é prestar atendimento aos pacientes, aos familiares e à equipe, mas ainda não conseguiu realizar reuniões e estudos de casos com a equipe e diz:

Eu percebo que é primeiro é equipe, depois a família e o paciente. Com a equipe, eu ainda não consegui fazer um trabalho (**JUSSARA**).

Quanto a “aquilo que se faz sem querer fazer” mencionado pelo autor, **Soraia** e **Jussara** atendem em alguns momentos fora dos seus setores de origem para tentar suprir a necessidade do HRN, pois consideram que é melhor focar o trabalho apenas em um local, tendo em vista que cada setor tem pacientes com

necessidades específicas em decorrência da patologia ou acidente que os levaram à internação.

O trabalho solitário, as relações de poder desiguais, o número reduzido de profissionais, a necessidade do psicólogo tornar-se polivalente, a subcontratação de **Jussara** aliadas às condições de trabalho inadequadas, evidenciam a precarização do trabalho, fruto de uma organização de trabalho que mescla as características do taylorismo, fordismo, toyotismo com formas atuais de organizações flexíveis: ausência de trabalho em equipe, poucos trabalhadores que devem manter a produtividade do serviço prestado, flexibilização, subcontratação (de **Jussara**) e a terceirização (setor de limpeza e segurança do HRN). Há ainda o uso de estagiários para ampliar a capacidade de atendimento à demanda. **Jorge** também menciona essa necessidade de adaptação que o ambiente hospitalar exige.

Ou você se adequa pra oferecer o melhor ao paciente, ou você vai ficar mais frustrado ainda (**JORGE**).

Evidencia-se que a palavra de ordem da atualidade, a chamada “flexibilidade”, também está presente no HRN. O trabalhador deve ser adaptável às diferentes situações, ágeis, abertos a dinamicidade dos ambientes laborais, dependendo cada vez menos de normas e procedimentos formais (SENNET, 2002).

Como resultados dessa flexibilização, há a desregulamentação dos direitos trabalhistas, a fragmentação da classe trabalhadora, a precarização do trabalho, a terceirização e a fragilização dos sindicatos. Frente a essa configuração, o eu trabalhador moderno sente desespero, insegurança, impotência, ansiedade e vulnerabilidade, pois sua subjetividade deve ser constantemente (re) modelada diante das constantes mudanças. Como exemplo desses sentimentos, pode-se citar o desgaste e cansaço de **Bruna** em decorrência das periódicas alterações de gestão, que gerava a necessidade de novas adaptações ao modo de gerenciamento e o reinício de atividades que já estavam em andamento, em um trabalho, como ela mesma disse de “desconstrução”.

Novamente retomam-se as contribuições de Clot (2001) no que se refere à amputação daquele que trabalha comumente é gerada pela própria organização, pois não disponibiliza os recursos para o trabalhador realizar sua atividade. Quando não faz mais sentido, o trabalho não realiza mais sua função psicológica para o sujeito, no que diz respeito a ser produtor de saúde e bem-estar. Dessa forma, o trabalhador vivencia sentimentos de impotência e ressentimento.

Outro fator que impede a atividade refere-se à desarticulação e fragmentação dos coletivos de trabalho, isolando os indivíduos. O esvaziamento das trocas coletivas e as diversas manifestações de mal estar no trabalho - com sofrimento psíquico e somatização - também puderam ser observados no HRN (BENDASSOLLI E SOBOLL, 2011).

Sem o coletivo, não há ação nem obra coletiva, restando a perda da esperança. O individualismo, marca da modernidade, apaga as iniciativas espontâneas, gera defesas fortemente individualizadas anulando as coletivas e impossibilita a solidariedade (ARENDT, 2007; DEJOURS, 1992; BIRMAN, 2009).

5.4.3 A falta de reconhecimento

Com base nas vivências relatadas no decorrer da pesquisa, pode-se inferir que é extremamente complexo sentir-se reconhecido neste contexto de trabalho sem produto.

As barreiras no reconhecimento podem acarretar danos à saúde dessas pessoas, pois é um dos fatores que permite a transformação do sofrimento em prazer, através do sofrimento criativo. Quando o trabalho é vazio de sentido, não há possibilidade de prazer. A falta dele é perigosa justamente porque desestabiliza o referencial no qual se apoia a identidade.

Conforme mencionado, para a PDT há dois tipos de reconhecimento: um baseado na utilidade, advindo dos superiores e clientes e o de beleza, que provém dos colegas. No caso dos psicólogos pesquisados a falta de reconhecimento está ligada ao julgamento dos superiores.

Pra mim, não há valorização do trabalho. A cada nova gestão, há um processo de desconstrução e a sensação é de desgaste e de falta de reconhecimento mesmo (**BRUNA**).

Não me sinto reconhecida. Eu acho que ser reconhecido no trabalho é muito mais do que avanços pontuais. Um profissional ou outro me chamar, pra mim isso não é reconhecimento. Reconhecimento é a instituição me reconhecer, é o corpo profissional me reconhecer (**SORAIA**).

Não me sentia reconhecida pelo HRN. Era muito mais aquela coisa: compõe o quadro (**LETÍCIA**).

Eu acho que ele está sendo reconhecido. Na verdade eu estou conquistando o meu espaço. De vez em quando, vem aquela comparação. Eu sinto que tem aquela comparação. Ou então a pessoa chega e diz assim "ah nesses casos a psicóloga fazia assim". Então hoje eu não sinto um reconhecimento. Eu me sinto em fase de teste por eles, pela equipe. Eu tenho que conquistar mesmo o meu espaço (**JUSSARA**).

Ainda em relação às alterações na gestão e os consequentes impactos para ela enquanto trabalhadora, a psicóloga **Bruna** relata também que:

Essas constantes mudanças de gestão fazem com que você perceba que o seu trabalho não é valorizado nem reconhecido e esse processo de desconstrução é muito cansativo, você perde energia, tempo. Você deixa de estar com a sua família, de fazer outras coisas pra batalhar por algo melhor. [...] Então, fica uma sensação muito ruim mesmo. Pra que eu vou investir energia em algo que eu sei que não vai dar em nada depois? (**BRUNA**).

Para a psicóloga **Soraia** o reconhecimento institucional significaria

Primeiro, ter um espaço adequado pra trabalhar. Valorizar também é contratar mais psicólogo (**SORAIA**).

Bruna, na 2ª entrevista, contou que ainda se sente desestimulada e uma fonte de motivação tem sido a presença dos estagiários e a vontade de que realizem um bom trabalho e gostem de atender pacientes hospitalizados. Mesmo assim relatou que não sente mais nenhuma motivação para continuar no HRN.

A cada troca de gestão, a cada situação de desrespeito e desvalorização dos trabalhos que vinham sendo desenvolvidos, o fechamento de serviços implantados que já estavam bem estruturados sem motivo algum, apenas por decisão da gerência, sem sequer conversar ou nos informar sobre as mudanças que seriam tomadas; tudo isto acabou fazendo com que minha dedicação e compromisso com a unidade se extinguisse (**BRUNA**).

Como ficou sinalizado pelos relatos dos participantes não havia reconhecimento baseado no julgamento de utilidade, geralmente proferido por gerentes. Esse tipo de avaliação formulado pela hierarquia versa sobre a utilidade da contribuição trazida à organização do trabalho. Contudo, as entrevistas dos participantes do estudo mostraram que o HRN não considera o serviço de Psicologia necessário e útil para a instituição. O sentimento de desvalorização e a insatisfação profissional são marcantes nos relatos dos pesquisados. O hospital, ao valorizar os apenas os aspectos biológicos das doenças, não permite a atenção ao ser humano de forma global, desconsiderando os fatores psico-emocionais nos quadros patológicos, mais uma vez desvalorizando os conhecimentos da ciência psicológica. Além disso, o psicólogo trabalha com aspectos subjetivos e ausência de um produto tangível e quantificável problematiza ainda mais a situação. Com isso, supõe-se ser muito remota a possibilidade de reconhecimento por parte do HRN do trabalho do psicólogo.

Observa-se que o grupo não menciona o reconhecimento dos pares e isso pode estar ligado ao pouco convívio entre os psicólogos, visto que cada um está em

setores diferentes e não há espaço para troca, interação e diálogo. Nas relações de trabalho há conflitos muitas vezes sutis e implícitos e, portanto dificilmente verbalizados.

Pode-se supor que o julgamento dos pares é representativo para **Jussara**. Fato que pode estar relacionado à sua recente graduação.

Eu não tinha mais as paredes da faculdade pra me dar apoio. Pensei em ligar pra alguém, mas agora eu não sou mais aluna. Eu sou uma profissional. A gente tem esse conflito. O que vão pensar: que você não se esforçou o suficiente enquanto estava na faculdade (**JUSSARA**).

A tentativa de responsabilizar-se pela valorização fica evidente nos relatos de **Letícia, Jorge e Jussara**.

Eu acho que essa valorização é a gente que tem que buscar (**LETÍCIA**).

Depende do psicólogo, por isso eu avisei logo que os colegas chegaram. Se você abaixar a cabeça, como eu vi alguns colegas abaixarem, e chamarem o médico de doutor, ele nunca vai te respeitar (**JORGE**).

A única pessoa que pode mostrar que seu trabalho deve ser valorizado é você mesmo. É criando e buscando (**JUSSARA**).

Quem vai mostrar o nosso papel somos nós, mostrando o nosso trabalho (**BRUNA**).

Acredita-se que a busca pelo reconhecimento de si mesmo merece aprofundamento em outros estudos e pesquisas, principalmente nos seus efeitos sobre a subjetividade dos trabalhadores, uma vez que a dinâmica do reconhecimento vem do olhar do outro.

A partir das entrevistas realizadas, pode-se constatar que os espaços de reconhecimento são limitados e a sua ausência dificulta a transformação do sofrimento no trabalho em prazer. As consequências disso ficaram evidentes nos relatos dos participantes sobre os impactos na sua saúde, que serão tratadas em um item específico da presente investigação.

A psicodinâmica do trabalho chama a atenção para a repercussão da falta de valorização e do reconhecimento na vida familiar do trabalhador, pois a dupla trabalho-casa forma um *continuum* indissociável, como é possível verificar:

Minha preocupação maior era com higiene pessoal por conta do meu filho. Meu primeiro pensamento era de não passar nada pro meu filho. Tinha acontecido de a médica ter contagiado as filhas e ela me contou (**LETÍCIA**).

Muitas vezes chegava em casa cansado e ia pro computador estudar clínica médica e clínica cirúrgica para poder argumentar com os colegas (**JORGE**).

Eu saía de lá péssima com humor insuportável. O meu emocional abalava todo. Eu chegava em casa acabada. Eu vinha dirigindo, ouvindo o som alto

e chorando. Chorava pra poder chegar em casa um pouco mais aliviada e não descontinuar na tua família uma carga emocional que é do seu trabalho. [...] Não sei se é a energia do local ou a forma de trabalhar das pessoas. É um ambiente extremamente adoecido. Aí a minha gastrite começou a voltar. Eu acabei somatizando um pouco (**BRUNA**).

Evidencia-se assim que quando não há reconhecimento no trabalho, a consequente desvalorização invade o tempo e o espaço do não-trabalho.

O afastamento de **Jorge** de suas atividades profissionais pode gerar a perda do sentimento de utilidade pessoal e impactar na sua identidade (CLOT, 2006b). O relato do psicólogo sinaliza a centralidade do trabalho na vida moderna.

Tem momentos que eu fico desesperado querendo trabalhar, fazer alguma coisa, mas não tem o que fazer. Essa é a limitação que a vida me impôs. Quero conversar com a secretária de saúde pra retornar, pra trabalhar. Tenho expectativas que a vida seja melhor (**JORGE**).

Uma boa dimensão desse processo pode ser percebida na seguinte fala de **Jorge**:

Eu vou tentar voltar, mas sem horário estipulado. Não pode ser em ambulatório porque não posso ficar muito tempo sentado. Eu quero desenvolver algum trabalho desde que eu tenha liberdade pra poder ir embora caso eu sinta dor (**JORGE**).

Diante do exposto, seria importante para **Jorge** retomar as atividades profissionais levando em consideração sua nova condição. O trabalho poderia gerar ganhos significativos no registro da sua identidade.

5.4.4 A falta de conhecimento sobre a atuação do psicólogo

A falta de conhecimento sobre a atuação do psicólogo é fonte de sofrimento para as psicólogas trabalhadoras do HRN.

Na verdade, ninguém sabe o que psicólogo faz. Acha que psicólogo é só pra conversar. Descaracteriza. Fica como se qualquer um pudesse fazer. (**JUSSARA**).

Isso é uma coisa muito cansativa da nossa profissão. Eu pelo menos não aguento mais. É muito chato você ficar todo o tempo tendo que dizer qual é a importância e o que faz (**SORAIA**).

Eles não sabem nem o que o psicólogo faz. Eles acham que é pra atender os pepinos. E isso é ruim porque às vezes bate de frente com aquilo que o profissional acredita, o que é realmente o seu trabalho (**BRUNA**).

Quando questionada sobre realização no trabalho, a psicóloga **Soraia** respondeu:

Não, não me sinto realizada. Acho bom, mas não me sinto realizada. Para eu me sentir realizada precisaria realmente ter o Serviço de Psicologia

implantado, onde eu pudesse realmente fazer estudo de caso com os profissionais. Aí seria muito legal. Que eu me sentisse participando de uma equipe. Eu não me sinto. Eu me sinto trabalhando só (**SORAIA**).

Um complicador que novamente se destaca é a formação do psicólogo. As várias abordagens teórico-metodológicas, marcando a pluralidade da ciência psicológica já discutida anteriormente, dificultam a definição da identidade profissional do psicólogo, que pode produzir confusão. Nesse sentido, as dificuldades existentes quanto ao conhecimento do papel do psicólogo por parte da equipe e instituição podem ser o reflexo dos próprios profissionais da área *psi*.

5.5 A SAÚDE DO PSICÓLOGO

Este item objetiva apresentar fragmentos narrativos dos participantes da pesquisa obtidos por meio das entrevistas. A seleção e a análise desses recortes tem como referência básica a compreensão psicodinâmica dos processos de subjetivação presentes na relação trabalho, saúde e adoecimento. Os dados colhidos demonstraram que os sujeitos apresentavam, além dos sintomas de dor (coluna), alterações na qualidade do sono, sintomas depressivos, enxaqueca, ganho de peso, crises alérgicas, sinusite, rinite, gripe, infecção urinária, alterações no humor, sintomas de desgaste mental. **Jorge** sofreu um aneurisma de aorta abdominal (dilatação anormal e permanente de uma artéria na aorta abdominal) e Maria faleceu em decorrência de um câncer agressivo, que culminou na sua morte pouco tempo depois do diagnóstico.

Todos esses elementos convocam e colocam o sintoma na discussão em Psicossomática. Nessa perspectiva, o sofrimento é uma vivência psíquica que é também corporal. Essa formulação conceitual da PDT permite uma leitura interpretativa centrada na fala e no corpo como sinalizador do sofrimento. Não há dados detalhados sobre as histórias de vida desses sujeitos, portanto, o que se segue são inferências do pesquisador, baseados na análise de conteúdo temática de Bardin (1979), nos estudos de Psicossomática e Psicodinâmica do Trabalho. Por isso, não se pretende realizar diagnósticos estruturais dos participantes, em termos de neurose, psicose ou perversão.

Soraia informou no segundo contato que começou a praticar exercícios todos os dias, emagreceu 10 kg e sempre fez check-in regularmente e seus exames são considerados satisfatórios. Contudo, as crises alérgicas persistem e só são

resolvidos quando ela toma medicação prescrita pelo Otorrinolaringologista. Contou que da última vez que teve uma crise, demorou para ir ao consultório do seu médico e ele a alertou do perigo, dizendo: “Você sabe que quando você sentir os sintomas, deve vir pra cá o mais rápido possível”. Perguntada sobre as alterações na sua saúde, **Soraia** respondeu:

Eu comecei a ter dificuldade pra dormir. Eu trabalho muito. Às vezes nem dá tempo de almoçar direito, porque de manhã estou aqui e à tarde no centro de saúde. Minha qualidade de vida está média, porque eu estou acima do peso, então não tem como estar boa. De uns seis anos pra cá, engordei 20 kg. Nos momentos bem estressantes no trabalho, eu tinha crise de enxaqueca, crise alérgica, rinite. Percebo muito cansaço e dor na coluna também, porque fico muito tempo em pé (**SORAIA**, na 1ª entrevista).

Bruna relatou que começou a perceber alterações decorrentes do sofrimento no trabalho. Por conta disso, decidiu entrar com o pedido de transferência da Unidade. No 2º encontro, explicou que sair do HRN caracteriza-se como uma tentativa de proteger a si mesma e a sua gravidez.

O meu emocional abalou todo. Eu não gosto de ir lá. Minha gastrite voltou a atacar. Eu acabei somatizando um pouco. Ficava muito mal humorada. [...] Estar naquele local, naquele ambiente já não me fazia bem mais. Me coloquem pra trabalhar em outro local que eu vou direitinho, mas para aquela unidade eu não quero mais. Só de falar no hospital me cansa. Você vê que eu falo muito porque ainda estou elaborando todo esse sofrimento (**BRUNA**, na 1ª entrevista).

A psicóloga **Letícia** relatou que também teve sinusite enquanto trabalhava na UTI e **Jussara**, infecção urinária. Com ela, o processo de observação do trabalho teve que ser remarcado por estar com gripe. Todos esses adoecimentos evidenciam os riscos próprios de uma Unidade de Terapia Intensiva.

Tive sinusite nesse período. Foi muito forte. Tem uma hora que teu corpo sente de fato. É a única coisa que me lembro. Fora isso, não tive adoecimentos na época da UTI (**LETÍCIA**).

Infecção urinária. Tive que me afastar por três dias. Eu atribuo ao lugar, por que muitas vezes não dá tempo de tomar água e fazer xixi (**JUSSARA**).

Jussara compara sua qualidade de vida atual com o período que trabalhava como técnica de enfermagem. Os prejuízos no corpo foram percebidos assim como em pesquisas realizadas com esses profissionais.

O trabalho como técnica de enfermagem me desgastou muito. Eu vivia com problema de saúde, coluna, varizes e não tinha tempo pra cuidar. Tomava remédio, mas continuava na prática, então não resolvia. Eu tinha muita enxaqueca. Hoje, como eu não preciso fazer esforço físico, melhorou muito. Depois que eu me afastei da enfermagem, não faço mais plantão e não trabalho mais à noite, estou bem (**JUSSARA**).

É interessante notar que **Jussara** menciona o fato de não haver esforço físico no trabalho como psicóloga, pois **Bruna** sente-se da mesma forma.

Esse nosso trabalho exige um esforço mental. Eu não fico fisicamente cansada. Eu sinto cansaço mental. Às vezes eu dormia e tinha a sensação que meu cérebro não desligava, como se o meu cérebro continuasse trabalhando. Eu tinha a sensação de dormir pensando e acordar pensando e isso é muito ruim. Você tem esse desgaste mental muito grande (**BRUNA**).

O desgaste mental e a contaminação no tempo do não-trabalho, muito marcado principalmente no discurso de **Bruna**, ajuda a compreender como o sofrimento no trabalho impacta na saúde como um todo, em seus aspectos biopsicossociais que são indissociáveis.

Para a Psicodinâmica do Trabalho, que valoriza o reconhecimento, esse sentimento de desgaste está ligado, sobretudo à imagem de si produzida pelo olhar outro.

Jorge relata o processo de descoberta da sua doença.

Eu já sentia há algum tempo uma dificuldade pra andar, mas não associava ao que era. Fiz um exame e o resultado foi horrível: 50% de entupimento na aorta abdominal e de 70 a 80% nas ilíacas. Isso gerou muita ansiedade porque veio também com a informação de um colega vascular que havia 10% de chances de sair vivo (**JORGE**).

Sobre as causas da sua doença, respondeu que:

Estresse certamente, mas não só o estresse. Existem várias outras coisas: uma alimentação toda errada, uma predisposição hereditária. Eu fumava também. Há uma série de coisas além do estresse profissional. No HRN, era só estresse, estresse, estresse. Na ausência do Diretor geral do hospital, quem respondia por todo o hospital era eu. Então era uma coisa muito complicada, altamente estressante (**JORGE**).

Por conta da sua situação, **Jorge** parou de trabalhar desde 2007. Seu lazer restringe a praticar tênis. Passa a maior parte do tempo em casa. Relatou que usar o computador também é complicado porque ficar sentado gera dor.

Eu tenho 40 pontos aqui na ilíaca e permanecer sentado é horrível. Então como voltar a atividade profissional, principalmente fazer o ambulatório? A não ser que eu ficasse em pé. Eu jogo tênis. É até estranho, como joga tênis, mas não trabalha? É porque o problema não é ficar em pé nem correr. O problema é ficar sentado (**JORGE**).

O afastamento das atividades profissionais por conta da doença pode produzir sentimentos de vergonha. Dejours (1992) explica que a vergonha pode ser considerada uma ideologia defensiva, uma vez que protege o sujeito da ansiedade de estar doente e num corpo incapacitado. Supõe-se que sua vontade de voltar a

trabalhar, mesmo que seja em pé como ele mesmo afirmou, esteja relacionada à vergonha e também ao lugar que o trabalho ocupa na constituição da identidade.

A flexibilização da organização do trabalho pode permitir a economia psicossomática a fim de evitar adoecimentos para o referencial teórico utilizado para fundamentar a investigação com os psicólogos do HRN. Nas palavras de **Letícia**:

Minha carga horária era 40 horas. Mas fazia 6 horas corridos. Eu acho que rendia. Eu tinha uma parte do turno livre. Podia estudar e cuidar do meu filho. Eu acho que foi uma coisa muito boa: poder estar em casa e cuidar dele e de mim (**LETÍCIA**).

Vê-se assim que a possibilidade flexibilizar o prescrito (a carga horária de 40h) traz ganhos à saúde de **Letícia**, impactando de forma positiva na sua produtividade e no equilíbrio entre as demandas do trabalho, da família e de si mesma.

Em relação aos cuidados com a saúde física e psíquica, os psicólogos responderam que:

Eu sempre me cuidei da minha alimentação. Eu não consigo fazer atividade física todos os dias, mas pelo menos duas, três vezes por semana, eu tento fazer yoga (**BRUNA**).

Faz mais de anos que eu não faço exercícios físicos [Risos]. O hospital fornece a marmita. Eu não como salada fora de casa. Fico mais no arroz, feijão. Na verdade, eu não me alimento muito bem fora de casa (**JUSSARA**).

Não fiz terapia na época. Meu filho era muito novo e me dediquei a ele. (**LETÍCIA**).

A terapia está parada e tenho que voltar urgente, mas estou esperando melhorar o lado financeiro (**SORAIA**).

Durante a graduação em Psicologia e na formação junguiana, fiz terapia. Posteriormente, continuei. Hoje não (**JORGE**).

Jorge teve que se adaptar ao seu novo estilo de vida:

Eu era pessoa mais desregrada pra comer. Se eu como muito, abdômen estende, comprime aorta abdominal e eu já começo a sentir alguns problemas. Então tem que tomar conta disso aí. É mais uma preocupação (**JORGE**).

Questionada como faz para enfrentar as dificuldades advindas do cotidiano, **Jussara** retomou o processo psicoterápico.

Terapia. [Risos] Terapia é a única maneira. Falo tudo o que está angustiando. Se não tiver em terapia, não tem como fazer o trabalho. Porque você acaba misturando a sua emoção com a emoção do outro. Quando eu fui pra UTI, retornei pra terapia. Eu não consigo realizar um trabalho estando naquele ambiente sem fazer terapia, principalmente

porque pra mim o mais difícil de trabalhar é a morte encefálica com a família (**JUSSARA**).

Os fenômenos psicossomáticos e as doenças dos participantes da pesquisa apontam que na falta da elaboração psíquica das agressões sofridas no contexto organizacional o mesmo se evidencia no corpo, como um sinalizador (*sinaliza-dor*) de sofrimento sem palavras.

Os relatos indicaram que as psicólogas da UTI foram as que menos estiveram expostas ao adoecimento. **Letícia** apresentou um único adoecimento - sinusite e **Jussara** infecção urinária e gripe. A inserção do psicólogo como membro da equipe da UTI (mesmo que **Jussara** ainda esteja em processo de inclusão e aceitação) pode ser também um fator protetor. Os adoecimentos dos psicólogos dos ambulatórios e enfermarias do HRN (**Jorge, Bruna, Maria e Soraia**) sugerem que esses locais tornam os trabalhadores mais vulneráveis e susceptíveis pela própria organização do trabalho (sem equipe, fragmentado, solitário e sem reconhecimento). Há também o fato dos entrevistados não estarem em psicoterapia, o que poderia ser um elemento protetor pela possibilidade simbolizar o sofrimento por meio da linguagem.

As somatizações mostram que as defesas já não conseguiram mais proteger o aparelho mental - tópico que será abordado a seguir.

5.6 ESTRATÉGIAS DEFENSIVAS

As estratégias defensivas são construídas para proteger o aparelho mental do sofrimento, da ansiedade e insatisfação. É importante lembrar que essa operação é estritamente mental, ou seja, não modifica a realidade da pressão patogênica. Seu objetivo é minimizar as percepções dos fatores geradores de sofrimento. Portanto, este item apresentará trechos dos entrevistados que apontam para mecanismos utilizados para enfrentar o cotidiano do local pesquisado. As estratégias de enfrentamento utilizadas aparecem de forma sutil nos relatos e o objetivo será desvelá-las.

Os resultados do estudo demonstraram que as atividades desenvolvidas pelos psicólogos são complexas e requerem fundamentalmente esforço mental. O seu cotidiano abrange o contato diário com paciente e sua família e a equipe, além da organização e condições do trabalho no HRN. Diante dessa realidade os

entrevistados adotam estratégias defensivas individuais e coletivas para lutar contra o sofrimento e continuar realizando suas atividades.

As defesas podem ser de proteção, adaptativas e de exploração. Um exemplo de defesa protetiva é a racionalização das situações geradores de sofrimento. As defesas de adaptação e exploração fundamentam-se na negação do sofrimento e os sujeitos seguem trabalhando obedecendo as exigências da organização e podem ser exemplificadas pelo individualismo (adaptação) e passividade (exploração).

A racionalização se faz presente como forma de enfrentar as adversidades. Os psicólogos recorrem às justificativas para explicar situações que geram desconforto.

É dar murro em ponta de faca. Se é assim é assim, vou fazer o que? Ficar triste não adianta nada (**SORAIA**).

Um dos procedimentos defensivos consiste em desvencilhar-se das responsabilidades, levando o sujeito a remeter a culpa para os escalões superiores como no caso de **Bruna e Soraia**.

Se falta psicólogos, sinto muito. A responsabilidade não é minha, porque há uma quantidade x de funcionários que deveria existir. Esta responsabilidade é do Estado, não é minha (**BRUNA**).

Eu tento resolver as dificuldades, se não der, não deu (**SORAIA**).

Foi possível observar também que as psicólogas elaboraram estratégias de proteção que foram sendo elaboradas ao longo do tempo, isto é, no desenvolvimento das atividades. Destacam-se as seguintes verbalizações:

Quando eu cheguei me chocava um pouco. Eu chegava em casa acabada ou então chorava dentro do carro. Mas com o tempo eu fui aprendendo a deixar essas dores lá e a identificar mesmo que eram dores dos pacientes (**BRUNA**).

Eu já estava acostumada com esse ambiente. E como o trabalho que eu estou prestando é dentro de uma unidade hospitalar isso não foi tão novo no sentido de lidar com adoecimento. Isso pra mim já era uma rotina do meu dia a dia quando eu era técnica de enfermagem (**JUSSARA**).

Para **Letícia** a realização de reuniões com a equipe da UTI também era uma estratégia protetiva para o enfrentamento das dificuldades no trabalho.

Esse contato com a morte é muito impactante. Entrava na UTI e nos momentos de mais sofrimento, estava todo mundo junto, próximo. Vinha um falava, outro chorava. Eu sempre procurei estar muito próxima da equipe. Era muito no diálogo, de fazer reunião, escrever e pensar o que a gente pode fazer pra melhorar (**LETÍCIA**).

Ela e **Bruna** também conversavam sobre os problemas, desabafavam entre si e pediam ajuda, pois sentiam partilhando de sofrimentos parecidos.

Minha sorte e da **Bruna** é que a gente conseguia ter uma troca muito boa lá dentro. A gente pode sentar, reunir, desabafar, ler um texto, então a gente se apoiava muito. Acho que isso ajudou. Ela não era da UTI. Ela ficava na enfermaria, mas a gente conseguia ser suporte uma da outra, apoiar o que a gente queria enquanto o trabalho da Psicologia. Era um recurso (**LETÍCIA**)

Soraia já não conta com essa possibilidade de troca com os profissionais das enfermarias e recorre à estratégia protetiva do individualismo e do isolamento, na ideologia do “cada um por si”.

Há poucas trocas, porque muitos médicos passam visita e aí eu não vou ficar correndo atrás. Eu acho que não é esse o papel da Psicologia. Poucos médicos pedem avaliação e os que pedem, são sempre os mesmos. [...] Eu não me sinto participando de uma equipe. Eu me sinto trabalhando só (**SORAIA**).

As atividades realizadas fora do horário do trabalho podem ser consideradas como estratégias defensivas de proteção individuais. **Bruna** praticava yoga e escutava música quando saía do HRN, **Soraia** iniciou musculação, **Jussara** retornou para a psicoterapia e **Jorge** tornou-se praticante da doutrina espírita após o afastamento das atividades profissionais, que segundo o seu relato lhe ajudou a enfrentar a situação. Todas são estratégias individuais consideradas eficientes pelos sujeitos para diminuir os efeitos das pressões laborais.

Há as estratégias consideradas de adaptação, ou seja, aquelas que têm na sua base a negação do sofrimento. Para manter o equilíbrio, os sujeitos podem dissociar os sofrimentos decorrentes do trabalho na tentativa de não contaminar o tempo do não-trabalho. A negação do sofrimento e o não envolvimento são estratégias individuais que aparecem nas verbalizações de **Soraia**:

Saí do HRN, acabou. Eu não fico pensando. Eu também acho que tem a ver com meu jeito de ser, porque eu não sou muito preocupada. Eu sou muito prática. Eu já vi muita situação caótica humana. Então, não me contamina não. Sem essa coisa de misturar (**SORAIA**).

Uma estratégia defensiva utilizada por **Jussara** consiste em desconsiderar a hierarquia, não se submetendo mais ao chefe imediato, passando diretamente ao nível superior, como se vê no seu relato:

Vou direto para a médica responsável pela UTI. Se o chefe autorizou, outros que acatem. Bater de frente não vale a pena. Quem vai sair perdendo sou eu, que sou a mais nova e vão dar um jeitinho pra me tirar lá dentro (**JUSSARA**).

A solicitação de férias, o pedido de transferência do HRN e as faltas ao trabalho foram saídas individuais de **Bruna** para o sofrimento.

Eu não consigo ir pro Hospital. Não há quem faça eu entrar lá. Desde que eu voltei das férias, eu não estou indo trabalhar. Não fui viajar nem nada. Eu tirei férias porque eu não queria ir pra lá (**BRUNA**, na 1ª entrevista).

A psicóloga **Bruna** informou no 2º encontro que ainda continuou tentando sair do hospital, mas relatou que não teve sucesso.

Não obtive sucesso e acabei desistindo. No final do ano passado quando a gerência de um outro hospital conseguiu a permissão para que eu fosse transferida para lá, eu já havia desistido depois de tantas tentativas. [...] Eu também já estava com planos para voltar a morar no Estado de São Paulo, devido ao problema de saúde de minha mãe e ser transferida para ficar apenas alguns meses não valia a pena (**BRUNA**, na 2ª entrevista).

O fato de Bruna estar grávida (cinco meses) também gerou, segundo seu relato, a necessidade de se proteger e proteger seu filho de um ambiente que não lhe fazia mais bem. Para ela “até ter que falar sobre isto me desgasta, tanto que a demora em marcar com você também se deve à minha resistência em ter que falar e pensar sobre isto”.

Diante da perda da esperança de que algo vá mudar, o conformismo aparece no relato:

Você deixa de estar com a sua família, de fazer outras coisas pra batalhar por algo melhor. [...] Então, fica uma sensação muito ruim mesmo. Pra que eu vou investir energia em algo que eu sei que não vai dar em nada depois? Eu vou conseguir trabalhar e fazer um trabalho bacana até quando? Até trocar de gestão de novo? Então, eu não quero mais (**BRUNA**).

A atitude defensiva em se recusar a cumprimentar os colegas, evitando não só o conflito, mas qualquer representação dele pôde ser observada no relato de **Jussara** de um desentendimento com um enfermeiro.

Às vezes, o profissional não atende o paciente entubado direito. Depois quando esse paciente não está mais entubado, ele desconta, briga. Mas ninguém assume que não tratou direito o paciente e quer eu o acalme. Já teve briga entre um enfermeiro e um paciente aqui. Queriam que eu dissesse que o paciente estava desorientado e confuso. Me recusei. Até hoje esse colega não fala comigo e eu também não falo com ele. E não era a primeira vez que esse enfermeiro era acusado de maltratar pacientes (**JUSSARA**).

As participantes desenvolveram certo distanciamento emocional em relação aos acontecimentos de seu cotidiano no trabalho. Entretanto relatam que nem sempre é possível preservar-se diante da dor do outro.

Às vezes essa coisa da morte, você não passa imune. Você vê no semblante da equipe um sofrimento. Caramba, não conseguimos. É sofrido. Pela dor do outro também, mas fazia parte (**LETÍCIA**).

Tem dias que você sai de lá muito angustiada. Por exemplo, quando tem paciente com morte encefálica, você tem que dar apoio pra família, aí mistura o que é teu, o que tu acredita. Tua emoção se mistura com a da família (**JUSSARA**).

Eu conseguia fazer o atendimento, mas mexer com a gente mexe. Mexe com o nosso emocional (**BRUNA**).

Quando questionada o que a mantém trabalhando no HRN, Soraia revelou mais uma estratégia de defesa de adaptação.

Não penso em sair. O que mantém aqui? Boa pergunta. O que me veio na cabeça foi que eu já estou adaptada com a problemática daqui. Em outro local, teria que começar tudo do zero de novo (**SORAIA**).

Para dar conta da demanda, **Soraia** e **Bruna** fazem uso aceleração, bloqueando o pensamento reflexivo. A aceleração é um mecanismo de defesa na qual os trabalhadores aceleram seus movimentos e executam mais rapidamente suas tarefas para tornar mais suportável uma atividade que traz sofrimento. Dessa forma, o trabalhador não se dá conta do que se passa com ele e ao seu redor, ligando o “automático”. Também servem à organização, pois mantém a produtividade, tornando-se um instrumento de exploração e de rendimento.

Eu fazia que nem um trator. Não pensava em mim. Eu tinha dor na consciência “ah vou atender menos pessoas”, “ah usuário vai ficar esperando”. Tudo por causa da paixão pela Psicologia. Isso foi ruim pra mim (**SORAIA**).

Eu não parava quieta. Eu entrei no ritmo do Hospital (**BRUNA**).

O ritmo era intenso. Quando eu chego eu faço um levantamento dos pacientes, vou no prontuário, vejo o diagnóstico e vejo medicação. 15:30 começam as visitas e eu vou acompanhando um por um, fico um pouco com a família na beira do leito. Depois acompanho a conversa do médico com a família. Então é intenso. Quando eu vejo já são 18h (**LETICIA**).

Pôde-se observar que no caso do local pesquisado são poucas as estratégias coletivas, pois “o trabalho em equipe e a participação num grupo de operação cujo sentido é compreendido pelo conjunto de operários tornam possível a realização de defesas coletivas.” (DEJOURS, 1992, p. 40). Desse modo, as psicólogas atuando de forma solitária no HRN desenvolveram estratégias defensivas fortemente individualizadas e continuam realizando suas atividades apesar das diversas fontes de sofrimento mencionadas por elas.

6- CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos pressupostos teóricos da Psicodinâmica do Trabalho que fundamentaram a pesquisa sobre o prazer e o sofrimento no trabalho de psicólogos em um hospital público da região Norte do Brasil, é importante salientar que essa investigação, para não se tornar reducionista, respeitou e singularizou as vivências descritas por cada entrevistado, pois a base de uma pesquisa acerca da saúde do trabalhador numa visão psicodinâmica é a não generalização de seus resultados. Generalizar seria desconsiderar que cada sujeito é portador de uma história singular, produzindo sentidos particulares sobre suas condições de trabalho, sua saúde enquanto trabalhador e sobre sua atividade profissional.

Esta investigação buscou estimular a expressão da subjetividade e da livre fala do psicólogo trabalhador, tornando possível o desvelamento dos sofrimentos, prazeres e defesas. Também permitiu conhecer os efeitos da contemporaneidade sobre a sua subjetividade. A pesquisa abriu espaço para a discussão sobre formação do psicólogo para a atuação em hospitais e quais suas fontes de prazer e sofrimento no trabalho.

Assim, nessa leitura sobre o prazer e o sofrimento no trabalho de psicólogos em um hospital público da região Norte do Brasil, é preciso destacar algumas considerações construídas com base nas entrevistas, na observação dos processos de trabalho, nos registros dos diários de campo, das inferências do pesquisador e da fundamentação teórica da Psicodinâmica do Trabalho.

Essa síntese não pretende de forma alguma esgotar o debate sobre as vivências de prazer e sofrimento dos psicólogos do HRN, mas configura-se como uma tentativa de produzir conhecimentos teóricos que fossem capazes de contribuir para o campo da Saúde do Trabalhador psicólogo, tão pouco pesquisado no Brasil.

A organização do trabalho do HRN mistura características do taylorismo, fordismo e toyotismo e pelas novas formas de gestão, evidenciados pela divisão do trabalho, a ausência do trabalho em equipe, flexibilização, subcontratação e terceirização.

As constantes mudanças na gestão do HRN representam o processo de flexibilização dos novos tempos econômicos, já que impõe a necessidade de constante adaptação da subjetividade às novas exigências. Além disso, há a desregulamentação dos direitos trabalhistas e a fragmentação da classe

trabalhadora com a destruição dos sindicatos. Todos esses elementos produzem a precarização do trabalho e a fragilização do trabalhador, que se sente e é responsabilizado pelo sucesso ou fracasso obtido nas suas atividades.

Essa flexibilidade, fruto da Modernidade e do capitalismo, se expressa também na capacidade de improvisação e adaptação das entrevistadas. O perfil do trabalho altera-se radicalmente. Se antes deveria ser altamente especializado em apenas uma tarefa, agora deve ser polivalente, ágil, dinâmico, aberto às mudanças, com comprometimento e com capacidade para trabalhar em equipe.

Pode-se verificar que tais princípios de flexibilidade estão presentes nas diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação em Psicologia, atualmente em vigor, em termos de competências e habilidades. Ou seja, tipo de formação ofertado incorporou o modelo econômico imposto. Esse modelo econômico neoliberal e o tipo de sociedade em atuação (da informação) são também responsáveis pelo incremento do individualismo e de gozo narcísico.

Se por um lado a precarização do trabalho aumenta a responsabilização do trabalhador, por outro, diminui a responsabilidade do Estado e das instituições pela saúde do trabalhador.

O gozo narcísico e o individualismo são incentivados e mantidos pelo capitalismo e pelas instituições modernas, pois o grupo fortalece e protege o sujeito. O suporte do grupo poderia levar os trabalhadores à organização coletiva, protestando e paralisando suas atividades em decorrência do sofrimento e das pressões sofridas no cotidiano laboral. Vê-se assim que o individualismo, a perda da força sindical e os raros movimentos sociais são úteis para a manutenção do sistema capitalista. Desamparado, experimenta os sabores e dissabores do seu trabalho sozinho. De acordo com a Psicodinâmica do Trabalho, sem o coletivo não há ação; o que resta é o conformismo e a solidão. A solidão, como fenômeno da sociedade da massa, priva o homem do seu lugar do mundo (ARENDT, 2007).

O eu da sociedade moderna, e os psicólogos do HRN incluem-se aí, sofrem com sentimento de desamparo, insegurança, ansiedade, angústia e a impotência decorrentes do esvaziamento das trocas humanas, da instabilidade das instituições, das constantes mudanças de paradigmas, valores e dos sistemas de regras. Esses elementos dificultam o estabelecimento de relações baseadas na solidariedade e na cooperação. O trabalho solitário, mencionado pelos participantes do estudo, simboliza esse modo de relacionar-se próprio dos tempos modernos. Nas palavras

de Sennet (2002, p. 117): “As pessoas sentem falta de relações humanas constantes e objetivos duráveis”.

Uma questão importante que merece destaque diz respeito à mobilização subjetiva do trabalho no hospital, no convívio diário com o sofrimento e a dor do outro. Esse contato lembra o sujeito uma condição fundamentalmente humana que é negada a todo o custo: a fragilidade humana e a impotência diante de um fato inexorável a todos – a morte. Para proteger o ego do sofrimento, o aparelho psíquico faz uso de mecanismos defensivos como a negação e a racionalização, estratégias essas que apareceram no discurso dos entrevistados.

Durante a pesquisa, evidenciaram-se muitas vivências de sofrimento dos psicólogos do HRN, entre elas: a organização do trabalho – que inclui os relacionamentos profissionais, o trabalho solitário, as mudanças de gestão e o trabalho real e prescrito – e as condições do trabalho, que compreenderam os baixos salários, quadro reduzido de psicólogos, a sala do Serviço de Psicologia e indisponibilidade de materiais. As vivências de sofrimento abrangeram também a falta de reconhecimento da equipe e do HRN e a falta de conhecimento sobre a Psicologia. A pesquisa elencou tantos aspectos de sofrimento que foi preciso elaborar um quadro para melhor visualização e compreensão do contexto de trabalho dos sujeitos do estudo.

As mudanças na localização da sala do Serviço de Psicologia, os períodos sem sala e a atual (e provisória) sala no setor do Raio-X é um fator mencionado pelas psicólogas como representativo da desvalorização e do não-lugar da psicologia.

Além disso, esse número extremamente significativo de fontes de sofrimento sinalizou que o ambiente estudado é desfavorável e nocivo à saúde dos trabalhadores, pela dificuldade de transformação do sofrimento vivenciado em sofrimento criativo. Os sofrimentos patogênicos são produtores de patologias e adoecimentos e a história da Psicologia no HRN comprova isso: Maria faleceu em decorrência de um câncer; as tentativas de transferência da Unidade, o pedido de férias, as faltas, gastrite e alterações de humor denotam o desgaste mental de Bruna; o aneurisma de aorta abdominal de Jorge; as crises alérgicas, de enxaqueca, dor na coluna e ganho de peso de Soraia. As duas psicólogas que apresentaram menos sinais de sofrimento mental são Jussara e Leticia, da UTI – único local em que há trabalho em equipe e a inserção do psicólogo. Assim, através dos

adoecimentos, denuncia-se o sofrimento que estava velado na relação desses sujeitos com o trabalho no HRN.

O reconhecimento merece ser discutido, pois ocupa um lugar privilegiado para a Psicodinâmica do Trabalho, pois é através dele que o trabalho pode ser transformado em prazer.

No caso dos psicólogos do HRN, pôde-se observar que a ausência do reconhecimento trouxe graves prejuízos aos trabalhadores. É interessante lembrar que nos cartazes espalhados pelos HRN com as reivindicações dos enfermeiros, o reconhecimento e a valorização profissional ocuparam lugar de destaque.

Alguns fatores dificultam a dinâmica do reconhecimento da Psicologia no HRN. O primeiro diz respeito à imaterialidade do trabalho, que é baseado na afetividade, não gerando um produto palpável e que tende à invisibilidade. Vale lembrar uma informação extremamente simbólica: os trabalhadores que não produzem mais valia são chamados de improdutivos e o seu trabalho é chamado de “trabalho morto”. Inclui-se aí, por exemplo, os profissionais inseridos nos setores da saúde.

O segundo fator que pode ser uma barreira ao reconhecimento do psicólogo no HRN refere-se à falta de conhecimento por parte dos profissionais não-psicólogos e do HRN sobre o papel da Psicologia. Com uma pluralidade de teorias e métodos, produz-se uma multiplicidade de *práxis*: da Instituição como cliente, numa vertente Institucional; ou atendimento à beira do leito do paciente, família ou equipe, numa vertente clínica da Psicologia Hospitalar.

Além disso, há as diferentes abordagens teóricas na ciência psicológica. No local pesquisado, os referenciais eram a fenomenológica-existencial, a Psicanálise e a Comportamental associada à hipnose. Apesar de referências teóricas distintos, a atuação dos psicólogos é pautada no modelo teórico-metodológico, fruto da formação (histórica) da Psicologia clínica.

Sabe-se que a identidade do psicólogo ligada à área clínica foi construída historicamente, reforçada na graduação, mantida e estimulada pelos estereótipos sociais em relação a esse profissional. Parece que o reconhecimento só pode ser atingido quando se satisfaz as expectativas que permeiam o imaginário social em relação ao psicólogo. As falas das entrevistadas exemplificam isso quando elas deixam claro que a única fonte de prazer provém do reconhecimento do paciente.

A pluralidade de teorias e métodos na Psicologia Hospitalar é fruto da própria Psicologia como ciência. Chiattonne (2009) explica que seria difícil alcançar uma unicidade teórica e as consequências disso são preocupantes, pois os psicólogos no hospital podem perder seus objetivos. Essa indefinição dentro do campo de conhecimento da Psicologia pode gerar dificuldades não só para o profissional em termos de construção de uma identidade, mas também para a equipe. Se até mesmo o psicólogo encontra dificuldade quanto à definição de atribuições e da sua identidade, será possível esperar o reconhecimento da equipe?

Essas discussões são importantes, pois podem minimizar as lacunas teóricas na atuação do psicólogo no hospital, fortalecendo de modo gradual a identidade do profissional e abrindo espaço para o reconhecimento do Outro (CHIATONNE, 2009).

Mesmo com todas as marcas de sofrimento no corpo, as psicólogas continuam trabalhando por conta da utilização das estratégias defensivas, predominantemente individuais. A quantidade expressiva de defesas elencadas na investigação denuncia a armadilha que elas encerram, pois não mudam os fatores produtores de sofrimento, apenas alteram a percepção dos trabalhadores sobre eles, minimizando-os ou banalizando-os.

A saída dessa armadilha está na (re) apropriação do desejo dos sujeitos-trabalhadores, e com isso, no resgate do pensar e agir criticamente sobre a organização do trabalho e na construção coletiva de soluções de compromisso para fazer face às contradições inerentes à organização do trabalho (MENDES, 2007, p. 39).

Merlo e Mendes (2009) explicam que a compreensão das vivências cotidianas de trabalho pode levar à transformação do sofrimento no trabalho em prazer, através do reconhecimento das contribuições à organização e da flexibilização da organização do trabalho.

Para concluir, sem pretender de forma alguma fechar em definitivo a discussão do sofrimento e prazer no trabalho dos psicólogos do HRN, destaca-se a necessidade de espaços de discussão para o bem estar desses sujeitos que cuidam. Enfatiza-se também a importância de um coletivo de trabalho estruturado, marcado pela cooperação e solidariedade, para o enfrentamento do sofrimento. É fundamental também que os profissionais recebam um suporte biopsicossocial e tenham seus direitos e condições de trabalho adequadas e assegurados pela

organização, para permitir a realização de um trabalho que funcione como fonte de prazer, de realização e reconhecimento.

Torna-se importante a realização de futuras investigações a fim de ampliar o conhecimento da psicodinâmica do trabalho dos psicólogos nos diversos campos de atuação, diante da escassez de estudos com esses profissionais.

REFERÊNCIAS

ALBORNOS, S. **O que é trabalho?** São Paulo: Brasiliense, 2006.

ALMEIDA, Eliane Carnot de. O psicólogo no hospital geral. **Psicologia: Ciência e Profissão**. Brasília, v. 20, n. 3, set.2000. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932000000300005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 27 de novembro de 2011.

ALVAREZ, D.; TELLES, A. L. **Interfaces ergonomia ergologia: uma discussão sobre trabalho prescrito e normas antecedentes**. In: FIGUEIREDO, M. ET al. (Orgs.). *Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo*. Rio de Janeiro: DP&A, 2004. p. 63-90.

ANDRADE, F. Reflexões de um psicólogo clínico franco-brasileiro que pratica a em psicodinâmica do trabalho. **Atlaspsico**, Curitiba, n. 15, ago 2009. Disponível em: http://www.atlaspsico.com.br/Revista_ATLASPSICO_15.pdf. Acesso em: 14 de dezembro de 2010.

ANGERAMI-CAMON, V. A. **Tendências em Psicologia hospitalar**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.

ANTUNES, R. **Os Sentidos do Trabalho** - Ensaio sobre a Afirmação e a Negação do Trabalho. São Paulo: Boitempo, 1999.

ANTUNES, R. (org). **A dialética do trabalho**. São Paulo: Expressão popular, 2004.

ARENDT, H. **A condição humana**. 10 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007.

ATAIDE, M. E. M. O lado perverso da globalização na sociedade da informação. **Ciência da Informação**. Brasília, v. 26, n. 3, Set. 1997. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-19651997000300006&lng=en&nrm=iso. Acesso em 24 de Junho de 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-19651997000300006>.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.679**, de 19 de setembro de 2002 – Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no SUS. Disponível em www.saude.gov.br. Acesso em 26 de novembro de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.437**, de 07 de dezembro de 2005 – Dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST no Sistema Único de Saúde e dá outras providências. Disponível em www.saude.gov.br. Acesso em 26 de novembro de 2011.

BENDASSOLLI, P. F; SOBOLL, L. A. P. Introdução às clínicas do trabalho: aportes teóricos, pressupostos e aplicações In: BENDASSOLLI, P. F; SOBOLL, L. A. P.

(orgs). **Clínicas do trabalho**: Novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade. São Paulo: Atlas, 2011.

BENDASSOLLI, P. F. Mal-estar no trabalho: do sofrimento ao poder de agir. **Revista Mal-estar e subjetividade** – Universidade de Fortaleza – vol. X – Nº 1 – p.63 - 98 - Mar/2011.

BIRMAN, J. **Mal-estar na atualidade**. A psicanálise e as novas formas de subjetivação. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2009.

BITELMAN, B. Psicossomática em Gastroenterologia. In: FERRAZ, F.C.; VOLICH, R.M. (orgs). **Psicossoma**. Psicossomática Psicanalítica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

BRAVERMAN, H. **Trabalho e capital monopolista**: a degradação do trabalho no século XX. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987.

BUCHER, J. S. N. F. Psicologia da saúde no contexto da saúde pública: Uma complexidade crescente. In: Yamamoto, O. H. & Gouveia, V. V. (Org.). **Construindo a psicologia brasileira**: Desafios da ciência e prática psicológica São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 213-239.

CAMPOS, G. W. S. Apresentação. In: SANTOS-FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B. (Orgs.). **Trabalhador da saúde** – muito prazer. Ijuí: Ed. Unijuí, 2007. p. 11-15.

CATTANI, A. D; Holzmann, L. (orgs). **Dicionário de trabalho e tecnologia**. 2. ed. rev. ampl. - Porto Alegre, RS: Zouk, 2011.

CAVALCANTE, T.R. **O trabalho do psicólogo na área organizacional em Manaus**: uma análise psicodinâmica. Universidade Federal do Amazonas. Programa Institucional de Iniciação Científica. Orientadora: Rosângela Dutra de Moraes. 2009.

CAZETO, S.J. A Psicossomática e a Instituição Hospitalar. In: FERRAZ, F.C.; VOLICH, R.M. (orgs). **Psicossoma**. Psicossomática Psicanalítica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

CECÍLIO, L. C. O. A modernização gerencial dos hospitais públicos: o difícil exercício de mudança. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. 36-46, 1997.

CECÍLIO, L. C. O. Autonomia versus controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 315-329, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v4n2/7115.pdf>. Acesso em: 27 de setembro de 2010.

CHIATTONE, H.B.C. A significação da Psicologia no Contexto Hospitalar. In: CAMON, A.A.V. **Psicologia da saúde**: um novo significado para a prática clínica. São Paulo: Cengage Learning, 2009. p. 73-165.

CHIATTONE, H.B.C.; SEBASTIANI, R. W. Ética e bioética na psicologia da saúde. **Univ. Psychol. Bogotá (Colombia)**, Julho/Dezembro 2002.p 11-19. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/647/64701202.pdf>. Acesso em: 07 de maio de 2012.

CLOT, Y. **Clínica do trabalho, clínica do real**. Tradução para fins didáticos: Kátia Santorum e SuyannaLinhaes Barker. Revisão: Cláudia Osório. Le Journal des Psychologues, Paris, n. 185, mars 2001. Obtido em www.pqv.unifesp.br/clotClindotrab-tradkslb.pdf. Acesso em 12 de maio de 2012.

CLOT, Y. **A função psicológica do trabalho**. Tradução Adail Sobral. São Paulo: Vozes, 2006a.

CLOT, Y. Entrevista. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v. 9, n. 2, p. 99-107, 2006b.

CLOT, Y. **Le travail à coeur**. Paris: La Découverte. 2010.

CLOT, Y. Clínica do trabalho e clínica da atividade. In: BENDASSOLLI, P. F.; SOBOLL, L. A (Orgs.). **Clínicas do trabalho**: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade. São Paulo: Atlas, 2011. (pp.71-83).

CODO, W. **O Que é Alienação**. 3. ed. São Paulo: Brasiliense, 1987.

CODO, W., SAMPAIO, J. & HITOMI, A. **Indivíduo, trabalho e sofrimento**. Petrópolis: Vozes, 2ª edição, 1994.

CODO, W. Um diagnóstico do trabalho (em busca do prazer). In: TAMAYO, A.; BORGES-ANDRADE, J. E; CODO, W. (org): **Trabalho, organizações e cultura** (Coletâneas da Anpepp n.º 11, pag. 36-55). Rio de Janeiro: Associação Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Psicologia, 1996.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM n.1331/89**. Disponível em <http://www.conarq.arquivonacional.gov.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=155&sid=55&tpl=printerview>. Acesso em: 25 de novembro de 2011.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução CFP n. 02/2001**. Disponível em: <http://www.pol.org.br/legislacoes/resolucoes.cfm>. Acesso em: 25/11/2011.

DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 54, n. 14, p. 7-11, 1986.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1992.

DEJOURS, C. Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. In: CHANLAT, J. (Coord.). **O indivíduo na organização**: dimensões esquecidas. São Paulo: Atlas, 1996. v. 1, p. 146-164.

DEJOURS, C. **A banalização da injustiça social**. Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 2007.

DEJOURS, C. A carga psíquica do trabalho (I. Domingues, trad.). In: DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. (Orgs.) **Psicodinâmica do Trabalho**: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 2009a.p. 21-32.

DEJOURS, C. Trabalho e saúde mental: da pesquisa à ação. In: DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. (Orgs.) **Psicodinâmica do Trabalho**: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 2009b. p. 45-65.

DEJOURS, C; ABDOUCHELI, E. Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho. In: DEJOURS, C; ABDOUCHELI, E; JAYET, C (orgs). **Psicodinâmica do Trabalho**: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 2009. p.119-45.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. (Orgs.) **Psicodinâmica do Trabalho**: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 2009.

DEJOURS, C; JAYET, C. Psicopatologia do trabalho e organização real do trabalho em uma indústria de processo: metodologia aplicada a um caso. In: DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. (Orgs.) **Psicodinâmica do Trabalho**: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 2009. p. 67-118

DIMENSTEIN, M. O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva. **Psicologia em estudo**. Maringá, v. 6, n. 2, Dez. 2001. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722001000200008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29 de outubro de 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722001000200008>.

ELIAS, M. A; NAVARRO, V. L. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, Ag. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000400008&lng=en&nrm=iso. Acesso em 27 Novembro de 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692006000400008>.

FERRAZ, F.C. Das neuroses atuais à Psicossomática. In: FERRAZ, F.C.; VOLICH, R.M. (orgs). **Psicossoma**. Psicossomática Psicanalítica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

FERREIRA, M. C.; BARROS, P. C. R. (In) compatibilidade trabalho prescrito trabalho real e vivências de prazer-sofrimento dos trabalhadores: um diálogo entre a ergonomia e a psicodinâmica do trabalho. **Alethéia**. Canoas, v. 16, p. 115-128, 2003. Disponível em: <http://www.ergopublic.com.br/arquivos/1252861523.51-arquivo.pdf>. Acesso em: 10 de setembro de 2010.

FERREIRA, A. P. C. Tecnologia de informação, controle e mundo do trabalho: pensar tecnologia na ótica do trabalhador. **Revista Eletrônica de Ciências Sociais**, 11, 14-24. 2006.

FIGUEIREDO, L. C. Projetos de Psicologia como Ciência Independente. **Psicologia**, 1986, 12 (3), 1-9.

FIGUEIREDO, L. C. **Matrizes do Pensamento psicológico**. Petrópolis: Vozes, 1991.

FIGUEIREDO, L. C. Convergências e Divergências: a questão das correntes do pensamento em Psicologia. **Transinformação**, PUCCAMP, Vol. 4: 15-26, 1992.

FIGUEIREDO, L. C. Sob o signo da multiplicidade. **Cadernos de Subjetividade**. São Paulo: PUCSP, Vol. I: 89-95, 1993.

FIGUEIREDO, L. C. **Revisitando as Psicologias**. Da Epistemologia à Ética das Práticas e Discursos Psicológicos. Rio de Janeiro: Vozes, São Paulo: Educ, 1995.

FORTUNA, C. M. Cuidando de quem cuida: notas cartográficas de uma intervenção institucional em prol da montagem de uma equipe de saúde como engenhoca mutante para produção da vida. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 419-424, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a22.pdf>. Acesso em: 30 de setembro de 2011.

FOSSI, L. B; GUARESCHI, N. M. F. A psicologia hospitalar e as equipes multidisciplinares. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, jun. 2004. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582004000100004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 30 de outubro de 2011.

FRAGA, A. P. V. **Repercussões subjetivas do atendimento a psicóticos em profissionais de saúde mental**. 196 f. 1997. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Universidade de Brasília, Brasília, DF, 1997.

FREITAS, L. G.O Processo de Saúde e Adoecimento dos Professores que atuam em ambiente virtual. In: MENDES, A. M. B. (Org.). **Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.p. 155-178.

GARCIA, M. L. P.; JORGE, M. S. B. Vivência de trabalhadores de um centro de atenção psicossocial: estudo à luz do pensamento de Martin Heidegger e Hans-Georg Gadamer. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 765-774, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v11n3/30991.pdf>. Acesso em: 10 de julho de 2011.

GIANNOTTI, A. Psicologia nas instituições médicas e hospitalares. In: OLIVEIRA, M.de F.P. de & ISMAEL, S.M.C. (Orgs.). **Rumos da psicologia hospitalar em cardiologia**. (pp. 21-37). Campinas-SP: Papirus. 1995.

GIDDENS, A. **Modernidade e identidade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002.

GONDIM, S. M. G. A sociedade da informação, as organizações formais educacionais, valores e trabalho docente: Possíveis inter-relações. **Ética e Filosofia Política**, 3(2), 69-102. 1998.

JACQUES, M.G; CODO, W. (orgs.) **Saúde Mental e Trabalho: leituras**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

JAPIASSU, H. **Introdução à Epistemologia da Psicologia**. São Paulo: Letras & Letras, 1995.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

LAMOSA, B.R. **O psicólogo clínico em hospitais**: contribuição para o desenvolvimento da profissão no Brasil. Tese de Doutorado, São Paulo: PUC, 1987.

LANCMAN, S. & SZNELWAR, L. I. **ChristopheDejours**: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Editora Fiocruz. Brasília, 2008.

LANCMAN, S.; UCHIDA, S. Trabalho e subjetividade: o olhar da psicodinâmica do trabalho. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, São Paulo, v. 6, p. 79-90, 2011. Disponível em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/cpst/v6/v6a06.pdf>. Acesso em: 20 de outubro de 2011.

LEITE, S. O psicólogo e algumas práticas no serviço público estadual de saúde. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, v. 17, n. 1, 1997. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98931997000100006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 23 de novembro de 2011.

LEMO, J. C.; CRUZ, R. M.; BOTOMÉ, S. P. Sofrimento psíquico e trabalho de profissionais de enfermagem. **Estudos de Psicologia (Natal)**, Natal, v. 7, n. 2, p. 404-409, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v7n2/a22v07n2.pdf>. Acesso em: 10 julho de 2011.

LEONTIEV, A. N. **Actividad, conciencia y personalidad**. S. I. Buenos Aires: EdicionesCiencias Del Hombre, 1978.

LHUILIER, D. Filiações teóricas das clínicas do trabalho. In: BENDASSOLLI, P. F; SOBOLL, L. A (Orgs.). **Clínicas do trabalho**: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade. São Paulo: Atlas, 2011. (pp. 22-58).

MANCEBO, D. Formação do psicólogo: uma breve análise dos modelos de intervenção. **Psicologia ciência e profissão**, 17, (1), 20-27, 1997.

MARTINS NOGUEIRA-, M. C. F. N. Humanização da assistência e formação do profissional de saúde. **Psychiatry On-line Brazil**, São Paulo, v. 8, n. 5, 2008. Não paginado. Disponível em: http://www.polbr.med.br/ano03/artigo0503_1.php. Acesso em: 10 julho de 2011.

MATOS, E.; PIRES, D. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 508-514, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n3/v15n3a17.pdf>. Acesso em: 10 julho de 2011.

MENDES, A. M. B. (Org.). **Psicodinâmica do trabalho**: teoria, método e pesquisas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

MENDES, A. M.; MORRONE, C. F. Trajetória teórica e pesquisas brasileiras sobre prazer e sofrimento no trabalho. In: MENDES, A. M. et al. (Org.) **Psicodinâmica e**

clínica do trabalho: temas, interfaces e casos brasileiros. Curitiba: Juruá, 2010. p. 29-52.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Práticas de saúde:** processos de trabalho e necessidades. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde Secretaria Municipal da Saúde, 1992. (Cadernos Cefor, n. 1).

MERLO, A. R. C. Psicodinâmica do trabalho. In: JACQUES, M. G.; CODO, W. (Orgs.). **Saúde mental & trabalho:** leituras. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 130-142. Disponível em: <http://www.saudeetrabalho.com.br/download/psicodinamica-merlo.pdf>. Acesso em: 10 julho de 2011.

MERLO, Á. R. C.; LAPIS, N. L. A saúde e os processos de trabalho no capitalismo: reflexões na interface da psicodinâmica do trabalho e da sociologia do trabalho. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v. 19, n. 1, p. 61-68, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v19n1/a09v19n1.pdf>. Acesso em: 10 julho de 2011.

MERLO, Á. R. C.; MENDES, A. M. B. Perspectivas do uso da psicodinâmica do trabalho no Brasil: teoria, pesquisa e ação. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 141-156, 2009. Disponível em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/cpst/v12n2/a02v12n2.pdf>. Acesso em: 10 julho de 2011.

MIGOTTI, A. M. B. **Cuidado construtivo:** desvelando questões essenciais entre o agir ético e o técnico. Passo Fundo: Ed. UFP, 2001.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. Rio de Janeiro: Hucitec, 2010.

MINAYO-GOMEZ, M. C.; THEDIM-COSTA, S. M. F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 21-32, 1997. Suplemento 2. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v13s2/1361.pdf>. Acesso em: 10 de julho de 2011.

MONTEIRO, J.K. Organização do trabalho e sofrimento psíquico de trabalhadores da saúde. In: MENDES, A. M. et al. (Org.) **Psicodinâmica e clínica do trabalho:** temas, interfaces e casos brasileiros. Curitiba: Juruá, 2010. p. 335-345.

MORAES, R. Análise de conteúdo. **Educação**, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999. Disponível em: http://cliente.argos.com.br/~mgos/analise_de_conteudo_moraes.html. Acesso em: 10 de julho de 2011.

NASCIMENTO SOBRINHO, C. L et al . Condições de trabalho e saúde dos médicos em Salvador, Brasil. **Revista da Associação Médica Brasileira**. São Paulo,v. 52,n. 2, Abril 2006. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302006000200019&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29 de outubro de 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302006000200019>.

NAISBITT, J.A.P. **Megatrends 2000:** ten new direttions for the 1990's. New York: Avon Books, 416p. 1990.

OLIVEIRA, P. T. R; MOREIRA, A. C. G. Sofrimento psíquico e trabalho hospitalar. **Pulsional Revista de Psicanálise**, ano XIX, n. 185, março, 2006. p. 52-65.

PENNA, A.G. **Repensando a Psicologia**. Rio de Janeiro: Imago, 1997.

PEREZ, K.V. "**Se eu tirar o trabalho, sobra um cantinho que a gente foi deixando ali**": clínica da psicodinâmica do trabalho na atividade de docentes no ensino superior privado. 2012. Dissertação (Mestrado em Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Orientador: Álvaro Roberto Crespo Merlo.

PÉREZ-RAMOS, A. M. Q. Preservação da saúde mental do psicólogo hospitalar. In: ANGERAMI-CAMON, V. A. (Org.). **Atualidades em psicossomática**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004. p. 29-56.

PITTA, A. **Hospital: dor e morte como ofício**. São Paulo: Hucitec, 1994.

QUEIROZ, Â. H.; WENDT, N. C.; CREPALDI, M. A. Instituições de saúde e interdisciplinaridade: possibilidades de atuação do psicólogo. **Estácio Saúde**, Florianópolis, v. 1, p. 54-62, 2008. Disponível em: http://www.labsfac.ufsc.br/documentos/Instituicoes_de_saude_e_interdisciplinaridad_e.doc. Acesso em: 10 de julho de 2011.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 438-466, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n2/11.pdf>. Acesso em: 10 de julho de 2011.

ROCHA, S.R.A. Depressão relacionada aos Distúrbios Osteomusculares no Trabalho Bancário. In: MENDES, A. M. B. (Org.). **Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.p. 205-229.

RODRIGUES, A. L, FRANÇA, A. C. L. Uma perspectiva psicossocial em psicossomática: via estresse e trabalho. In: MELLO FILHO, J. **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

ROMANO, B. W. **Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

ROSA, A.M. T da. **Competências e habilidades em psicologia hospitalar**. Dissertação de Mestrado. Curso de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre-RS. 2005. 77p. Obtido em <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/7430/000544292.pdf?sequence=1>. Acesso em: 10 de julho de 2011.

SEBASTIANI, R. W. A equipe de saúde frente às situações de crise e emergência no hospital geral: aspectos psicológicos. In: ANGERAMI-CAMOM, V. A. (Org.). **Urgências psicológicas no hospital**. São Paulo: Pioneira, 2002. p. 31-39.

SENNET, R. **A corrosão do caráter**: consequências pessoais do trabalho no novo capitalismo. Record: São Paulo, 2002.

SILVA, C. O; BARROS, M. E.B; LOUZADA, A. P. F. Clínica da atividade: dos conceitos às apropriações no Brasil. In BENDASSOLLI, P. F; SOBOLL, L. A (Orgs.). **Clínicas do trabalho**: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade. São Paulo: Atlas, 2011. (pp. 188-207).

SILVA, P.C da. **Prazer e sofrimento de psicólogos no trabalho em empresas privadas**. Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-graduação Strictu Sensu em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre-RS, 2005. 101p. Orientador: Álvaro Roberto Crespo Merlo. Obtido em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/4992/000507648.pdf?sequence=1>. Acesso em 09 de abril de 2012.

SILVA, R. R. O trabalho de líderes religiosos em organizações protestantes neopentecostal e tradicional. In: MENDES, A. M. B. (Org.). **Psicodinâmica do trabalho**: teoria, método e pesquisas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. p. 283-302.

SILVEIRA, A. M.V. **Estudo do campo da psicologia hospitalar calcado nos fundamentos de gestão: estrutura, processos e resultados**. Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-graduação Strictu Sensu em Psicologia da Universidade Católica de Minas Gerais. Belo Horizonte-MG, 2010. 162p. Orientador: José Newton Garcia de Araújo. Disponível em: http://www1.pucminas.br/documentos/dissertacao_andrea_maria.pdf. Acesso em 14 de outubro de 2011.

SOLON, L. G. **A caracterização da Psicologia Hospitalar**. Trabalho de Conclusão de curso de Especialização em Psicologia Hospitalar. Biblioteca Nêmeton – Centro de Estudos e Pesquisas em Psicologia e Saúde, São Paulo: 1992.

STARLING, Roosevelt R.. Especializações em psicologia: subsídios para uma discussão necessária. **Psicologia: Ciência e Profissão**. Brasília, v. 22, n. 1, mar. 2002. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932002000100009&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 29 de outubro de 2011.

TRACTENBERG, L. A complexidade nas organizações: futuros desafios para o psicólogo frente à reestruturação competitiva. **Psicologia: Ciência e profissão**. Brasília, v. 19, n. 1, 1999. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98931999000100003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 25 de junho de 2012

TRIVIÑOS, A. N. S. Bases Teórico-metodológicas preliminares da Pesquisa Qualitativa em Ciências Sociais. **Caderno de Pesquisa Ritter dos Reis**. v.4, novembro, 2001.

VASCONCELOS, S. P. **Avaliação da capacidade para o trabalho e fadiga entre trabalhadores de enfermagem em um hospital de urgência e emergência na Amazônia Ocidental**. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Materno Infantil) -

Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-27012011-160853/>. Acesso em: 23 de novembro de 2011.

VASQUES-MENEZES, I. Por onde passa a categoria trabalho na prática terapêutica. In: CODO, W. (Org.). **O trabalho enlouquece?** Um encontro entre a clínica e o trabalho. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 23-52.


VIEIRA, W.C. A Psicossomática de Pierre Marty. In: FERRAZ, F.C.; VOLICH, R.M. (orgs). **Psicossoma**. Psicossomática Psicanalítica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

WALLIG, J; SOUZA FILHO, E. A psicologia hospitalar segundo médicos e psicólogos: um estudo psicossocial. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**. Vol.10, nº.2, p.47-62, 2007.

WOOD JUNIOR, T. Fordismo, toyotismo e volvismo: os caminhos da indústria em busca do tempo perdido. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 6-18, 1992. Disponível em: http://rae.fgv.br/sites/rae.fgv.br/files/artigos/10.1590_S0034-75901992000400002.pdf. Acesso em: 10 de julho de 2011.

YAMAMOTO, O. H.; OLIVEIRA CUNHA, I. M. F. F. O psicólogo em hospitais de Natal: uma caracterização preliminar. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 11, n. 2, 1998. Não paginado. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-79721998000200012&script=sci_arttext. Acesso em: 28 de outubro de 2011.

ANEXO A

	COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE-UFAC
---	---

DECLARAÇÃO DE ENCERRAMENTO DO PROTOCOLO

Declaramos que o Projeto de Pesquisa: **“Prazer e sofrimento no trabalho de psicólogos em um hospital público da região Norte do Brasil”** protocolado sob o nº23107.020349/2010-55, do(a) Pesquisador(a) **Fabiane da Fontoura Messias de Melo**, submetido a este Comitê no dia **08/12/2010**, **APROVADO** por este Comitê, de acordo com as exigências constantes na Resolução 196/96 do MS/CONEP, foi entregue o Relatório Final no dia 01/10/2012.

Rio Branco-Acre, 01 de outubro de 2012.


Enock da Silva Pessoa - Coordenador

Enock da Silva Pessoa
Coordenador do CEP-UFAC

APÊNDICE A
CARTA DE AUTORIZAÇÃO À DIREÇÃO DO HRN

Ao Senhor Diretor do HRN.

Prezado Diretor,

Vimos, por meio prestar-lhes algumas informações e solicitar a Vossa Senhoria a colaboração necessária para a realização da pesquisa de mestrado intitulada “Prazer e sofrimento no trabalho de psicólogos em um Hospital público da Região Norte”. Esta pesquisa é parte dos requisitos do Programa de Mestrado Acadêmico em Psicologia da Universidade Federal de Rondônia (UNIR).

Esta pesquisa visa a investigar as fontes de prazer e sofrimento no trabalho dos psicólogos, buscando analisar as estratégias individuais e coletivas destes psicólogos contra o sofrimento e as doenças mentais decorrentes da sua atividade laboral.

A abordagem teórica utilizada é a Psicodinâmica do Trabalho, disciplina que tem por objeto estudar as relações dinâmicas entre organização do trabalho e processos de subjetivação, que se manifestam nas vivências de prazer-sofrimento, nas estratégias de ação que são usadas para mediar as contradições da organização do trabalho, nas patologias sociais, na saúde e no adoecimento

A coleta de dados será feita por meio de uma entrevista individual com os psicólogos. A participação dos psicólogos será voluntária mediante assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. No processo de coleta de dados procurar-se-á não intervir na cultura e nas rotinas da organização, planejando a aplicação dos instrumentos de acordo com a conveniência da instituição. Além disso, os dados coletados serão totalmente confidenciais e anônimos. As informações serão analisadas e disponibilizadas para a instituição.

Para quaisquer esclarecimentos, colocamo-nos à sua inteira disposição, no email: psicofabiane@uol.com.br.

Atenciosamente,

Prof. Dra. Melissa Andréa Vieira de Medeiros – Orientadora de Mestrado
Fabiane da Fontoura Messias de Melo – Mestranda

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, Diretor Geral do HRN, autorizo a realização da pesquisa conforme os termos mencionados acima.

Cidade, _____ de _____ de _____.

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Meu nome é Fabiane da Fontoura Messias de Melo, sou discente do programa de Mestrado Acadêmico de Psicologia da Universidade Federal de Rondônia, sob a orientação da Professora Melissa Andréa Vieira de Medeiros. A presente pesquisa tem como objetivo investigar as fontes de prazer e sofrimento no trabalho dos psicólogos, buscando analisar as estratégias individuais e coletivas destes profissionais contra o sofrimento decorrente da atividade laboral.

Você está sendo convidado (a) a participar desta pesquisa intitulada “Prazer e sofrimento no trabalho de psicólogos em um Hospital público da Região Norte” através de uma entrevista que poderá ser realizada no seu próprio local de trabalho ou outro lugar a combinar. Durante a entrevista será utilizado um gravador para que eu não me esqueça do que você disser. Caso você não autorize a gravação, irei escrever as suas respostas em uma folha. A entrevista será mantida em sigilo, ou seja, ninguém vai ficar sabendo que é você. Apenas eu e minha orientadora vamos saber.

A sua colaboração será muito importante para a realização da pesquisa, mas a decisão de participar é sua. Caso você deseje desistir em qualquer fase da pesquisa, a sua vontade será respeitada, sem prejuízo a sua atividade profissional.

Os resultados desta pesquisa serão utilizados para fins científicos, ou seja, apresentações e publicações. Todos os dados serão publicados com a modificação dos nomes, para que ninguém possa saber de quem se trata. Você não terá nenhum benefício direto nesta participação. No entanto, os resultados desta pesquisa servirão para aumentar os conhecimentos sobre a relação saúde e trabalho e poderá contribuir para os profissionais de saúde que vivenciam diariamente a dinâmica prazer e sofrimento no trabalho.

Não há risco em participar desse estudo, mas pode ser que em alguns momentos você possa sentir algum desconforto emocional. Caso isso ocorra, entre em contato com a pesquisadora. Informo-lhe também que você não vai receber nenhum pagamento pela sua participação no estudo e não terá nenhuma despesa.

Certos de contarmos com a sua participação, agradecemos e pedimos que leia e assine o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Caso você tenha alguma dúvida sobre a pesquisa poderá entrar em contato com as pesquisadoras nos telefones indicados abaixo. Atenciosamente,

Fabiane da Fontoura Messias de Melo
Mestranda

Melissa Andréa Vieira de Medeiros
Orientadora

Cidade, _____ de _____ de 20____.

Eu, _____, RG nº _____ assino este termo de consentimento após estar ciente de todos os objetivos e procedimentos dessa pesquisa e de pleno acordo. Declaro, também, ter recebido uma cópia do presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Assinatura do participante da pesquisa

APÊNDICE C

ROTEIRO DA ENTREVISTA

Idade: _____ anos

Sexo: () Masculino () Feminino

Escolaridade: () Superior () Pós-graduação () Mestrado () Doutorado

Estado Civil:

Tempo de serviço na Unidade: _____ anos

- Fale-me sobre seu trabalho.
- Fale-me sobre seus sentimentos em relação ao seu trabalho.
- Como faz para dar conta/ lidar/ enfrentar o seu dia-a-dia de trabalho?
- Como o trabalho tem afetado seu comportamento e sua saúde?
- Descreva seus sentimentos em relação ao trabalho
- Como você avalia o seu trabalho em relação a:
 - a) Organização do Trabalho: prescrito, a hierarquia, a produtividade esperada, regras formais e informais, tempo para execução da tarefa;
 - b) Condições de Trabalho: ambiente físico, equipamentos, instrumentos de trabalho, suporte organizacional, política de pessoal;
 - c) Relações sociais no trabalho: chefia, pares e equipe
- Quais as dificuldades encontradas no trabalho e como faz para superá-las?
- Você tem realização profissional e liberdade de expressão no seu trabalho?
- O que te motiva?
- O que você sente como fontes de prazer em seu trabalho? E como de sofrimento?
- Você está satisfeito com o seu salário?
- Você considera que seu trabalho é reconhecido e valorizado?
- Teve alguma doença relacionada ao trabalho? Precisou se ausentar?
- Você pratica atividade física?